JUIN 2010 – NUMÉRO 40

DÉPENDANCES

L'entourage

Revue éditée par
Addiction Info Suisse
et le **GREA**

SOMMAIRE

L'entourage

Editorial **p.1**
Corine Kibora et Jean-Félix Savary

L'entourage social: que recouvre ce terme aujourd'hui? **p.2**
Isabelle Girod

Le rôle des organisations de proches: l'expérience du Chalet de Carrefour Prison **p.5**
Viviane Schekter

L'approche systémique des dépendances est-elle encore d'actualité? **p.8**
Olivier Amiguet

La personne dépendante à la consultation du médecin de premier recours **p.12**
Roland Sthioul

Entourage des enfants vivant dans des familles ayant un problème d'addiction: beaucoup d'adultes pour quelles actions? **p.15**
Irene Abderhalden et Michel Graf

Etre proche. Quel vécu? **p.20**
Interview par Corine Kibora

Le dopage et la réduction des risques: le cas du snus dans le sport **p.25**
Thomas Bujon

ÉDITORIAL

Chères lectrices, chers lecteurs,

L'entourage a fait l'objet de deux éditions de la revue «dépendances», l'une consacrée aux groupes d'entraide (no7), l'autre à la codépendance (no 17). La perspective adoptée dans ce numéro se veut plus large, en abordant cette thématique sous divers angles de vue. Qui gravite autour de la personne dépendante, quels en sont les impacts? Voici les questions qui ont guidé le comité de rédaction dans la construction de l'édition que nous vous présentons aujourd'hui.

Les proches sont touchés de plein fouet par la dépendance, avec des conséquences qui sont aujourd'hui largement reconnues et documentées. Cependant, la prise en compte des proches dans le système de soins reste lacunaire, car placée au coeur d'enjeux importants: peut-on toujours prendre en charge à la fois la personne dépendante et son entourage? Les proches doivent-ils être perçus comme une explication de l'addiction, comme une ressource pour le rétablissement? Ou doivent-ils simplement être considérés à part entière comme des personnes qui souffrent, à l'instar des groupes d'entraide? Dans l'entourage, les enfants occupent une place particulière: en position de grande vulnérabilité, ils ont suscité un intérêt croissant de la part du réseau addiction, mais de nombreuses questions se posent encore aujourd'hui sur les meilleures modalités de prise en charge et les moyens à mettre en œuvre.

La parution de ce numéro est également l'occasion de vous présenter le nouveau visage d'un de ses deux éditeurs. En effet, l'ISPA, qui édite «dépendances» avec le GREA depuis bientôt quinze ans, est devenu Addiction Info Suisse. Ce changement de nom reflète l'évolution de son domaine d'activité, résumé de manière concise et pertinente. Cette nouvelle appellation vient renforcer le partenariat bien établi entre les éditeurs de notre revue.

Corine Kibora, Addiction Info Suisse
Jean-Félix Savary, GREA

L'ENTOURAGE SOCIAL: QUE RECOUVRE CE TERME AUJOURD'HUI?

Isabelle Girod, *anthropologue, responsable de formation, GREA*

Lorsqu'on parle d'entourage, la première idée qui vient à l'esprit concerne les proches, plus particulièrement la famille. Mais on ne peut réduire cette notion aux intimes. En effet, l'entourage peut être compris comme un synonyme de réseau social. il contient les dimensions sociale, amicale, professionnelle, institutionnelle, etc. bref l'ensemble des catégories d'acteurs qu'un individu est amené à côtoyer comme être social. C'est en tous les cas dans ce sens qu'il sera traité dans cet article qui se veut une discussion d'ordre général sur cette question.

Même si notre société voit s'accroître l'individualisation, il n'en reste pas moins que chaque individu est avant tout un être social, en lien, plus ou harmonieux, avec d'autres. Je voudrais développer ici quelques notions liées à trois aspects fondamentalement nécessaires à chacun d'entre nous pour vivre en société. Ces trois aspects me semblent être des incontournables de la vie sociale, même si aujourd'hui beaucoup de gens ne peuvent les vivre réellement.

Pour étayer son existence sociale, chaque individu devrait pouvoir bénéficier de trois dimensions: *l'appartenance, la reconnaissance de soi et la confiance*. A chacun de ces trois éléments correspond un pan de l'être social. L'appartenance est fortement liée au sentiment d'identité et son absence à la désaffiliation; la reconnaissance de soi est la prise en compte positive de l'individu par les autres et la confiance est un état relationnel favorisant le développement de soi et dont l'absence crée la vulnérabilité et l'insécurité. Pour ces trois aspects, le rôle et l'existence de l'entourage en est le coeur.

L'IDENTITÉ ET LE SENTIMENT D'APPARTENANCE

De quoi parle-t-on au juste quand on mentionne l'identité personnelle d'un acteur social ou celle d'un groupe? Comme première donnée, je considère comme acquise l'idée qu'il n'existe et qu'il ne peut exister d'identité homogène, donnée ou acquise, par laquelle l'individu pourrait une fois pour toutes se définir. Non, dès l'origine, l'identité est multiple, polysémique, construite et reconstruite au fur et à mesure de l'existence. L'individu se crée avec et en relation (amicale ou non) avec d'autres êtres. Les affects, les émotions, le plaisir comme l'aversion, mais aussi les valeurs, les représentations qui peu à peu mènent l'individu grandissant à agir et à se positionner dans l'univers social qui est le sien, sont façonnées par le milieu familial (ou son absence), par le hasard de sa naissance qui l'a fait grandir dans tel ou tel environnement culturel et social.

En ce qui concerne cette dynamique de formation identitaire individuelle, on ne peut faire l'économie de tout l'apport de la psychologie et de la psychanalyse qui ont mis en lumière l'importance des structures psychiques ainsi que le rôle de l'imaginaire dans la construction de soi. La conscience individuelle de chacun est certes façonnée par les expériences de vie formées de son histoire personnelle, sociale, groupale. Mais de manière plus prégnante encore, la représentation et la perception de soi se construisent par la représentation que chacun a de ses composantes expérientielles. Perception et représentation qui, pour compliquer l'affaire, varient considérablement au cours de l'existence.

L'identité personnelle est donc déjà un concept labile qui permet aux acteurs sociaux que nous sommes de pouvoir vivre à la fois comme être unique et multiple sans pour autant, à de rares exceptions près, sombrer dans la démence.

Pour l'individu, la modernité se vit entre autres par son appartenance à de multiples réseaux (l'entourage), par la participation à une quantité de situations sociales différentes dans lesquelles il est amené à se présenter. Il peut alors choisir parmi de multiples référents tout en restant un être unifié et non morcelé en strates et en couches superposées, mais bien comme synthèse originale. Cette identité syncrétique, synthétique, à géométrie variable, multiple est donc labile et multidimensionnelle sans que l'individu n'en perde son unité pour autant.

Si les éléments qui participent de l'identité de l'individu sont déjà multiples, il en est bien sûr de même pour les groupes. Les éléments choisis le seront en fonction du contexte et du partenaire à qui ils s'adressent. Il existe toute une gamme de stratégies identitaires possibles en fonction des mouvances du contexte social, du jeu de pouvoir ou de «classement» pour utiliser une expression chère à Bourdieu. Parler en termes de jeux identitaires souligne qu'ils ne peuvent exister sans règles. Parmi ces règles, celle qui donne le cadre est la tension entre l'identité revendiquée par le groupe ou l'individu et celle imposée par l'autre (une institution par exemple) ou les autres (d'autres groupes).

A ce stade, il me paraît nécessaire de m'arrêter sur la notion de groupe qui caractérise l'identité collective. Dans les sciences sociales, le terme de groupe est largement utilisé mais rarement discuté. Or un article de Brubaker (2004) consacré à la critique de ce qu'il appelle le *groupisme*, me paraît devoir s'insérer dans cette réflexion générale sur cette notion. En effet, à cette notion rigide de groupe, il est plus prudent de substituer la notion de sentiment d'appartenance à un groupe qui traduit mieux la labilité et la variabilité des choix d'appartenances. C'est la notion de *switch-group* (développée par Georg Elwert en 1997) qui permet de tenir compte du fait qu'une personne est amenée à vivre quasi quotidiennement le passage d'un groupe à un autre et ceci sans contradiction majeure.

Or cette possibilité de passage, ce *switching* doit être pris en compte sous peine de procéder, comme pour l'identité individuelle, à un appauvrissement et à un enfermement majeur de la personne. C'est précisément ce qui est à l'œuvre dans les processus de stigmatisation. Les individus sont alors réduits à une portion congrue de leur être. La désignation identitaire est extrêmement réductrice, elle se construit le plus souvent en se basant sur un seul aspect de l'individu ou du groupe: le physique (les handicapés, les noirs, etc.), un comportement (les alcooliques, les toxicomanes, etc.) ou encore une situation sociale (les chômeurs, les pauvres, etc.). La pluralité identitaire disparaît derrière un seul élément constitutif de la personne.

LE BESOIN DE RECONNAISSANCE

Appauvrir la vision de l'autre à un seul de ses éléments est au cœur du déni de reconnaissance. Si la notion de reconnaissance connaît un renouveau, c'est au philosophe allemand Axel Honneth qu'on le doit. Ce dernier a remis cette notion au centre de l'analyse de la modernité, en lien avec le constat de l'individualisation croissante. Il affirme en effet que plus le sujet est autonome, plus il dépend de la reconnaissance d'autrui.

En demandant de la reconnaissance, l'individu demande à la fois la reconnaissance de son existence et la confirmation de sa valeur. Ne pas reconnaître la valeur de quelqu'un, c'est le condamner au silence, à la solitude voire au néant (Todorov, 2002 : 24). Il s'agit donc de quelque chose de bien plus fondamental que la reconnaissance distinctive de pouvoir ou de richesse.

La reconnaissance sociale s'appuie sur les normes et valeurs dominantes. Les acteurs sociaux, réduits à un aspect d'eux-mêmes comme on l'a vu précédemment, sont le plus souvent en déficit de reconnaissance parce que leurs trajectoires les ont le plus souvent éloignés de ces normes (sans travail, sans abri, sans limites dans leurs consommations ou leurs comportements).

Etre uniquement perçu comme membre d'un groupe superflu, source de problèmes sociaux, sans valeur positive aux yeux des membres de la société englobante est une des sources de stigmatisation parmi les plus brutales. Or, en tant qu'être humain, nous ne pouvons développer une identité et une relation positive à nous-mêmes et aux autres sans reconnaissance. Il ne peut y avoir de participation sociale. Il arrive aussi que ce déni de reconnaissance puisse entraîner la résistance de ceux qui en sont victimes, c'est le cas des mouvements des femmes ou, plus récemment, des homosexuels. La reconnaissance n'est donc pas qu'une affaire individuelle, elle s'inscrit au cœur des relations et des conflits sociaux.

Appauvrir la vision de l'autre à un seul élément identitaire est au coeur du déni de reconnaissance

Les études de trajectoires de vie d'adolescents en milieux social très défavorisé faites par des chercheuses comme Pascale Jamoulle à la frontière franco-belge ou celles de Patricia Bouhnik dans les banlieues nord de Paris permettent d'exemplifier et de mettre en lumière la créativité des acteurs pour construire un entourage social auquel ils pourront s'identifier. Même si cette construction se fait en dehors de la légalité, elle est indicative de l'universalité des besoins d'appartenance et de reconnaissance. Bien sûr, dans un milieu largement stigmatisé par la société englobante, ces trajectoires doivent souvent s'inventer dans l'économie souterraine, avec des prises de risques multiples, mais elles ne sont pas aussi loin de l'univers social et de ses valeurs qu'on pourrait le croire ou que leur écartement social voudrait le mettre en scène. Jamoulle (2001 :39-41) par exemple recense les normes en vigueur dans ces groupes de jeunes, normes qui n'ont rien «d'original» par rapport aux normes dominantes :

- vivre à 100 à l'heure
- se créer une position dominante dans le groupe (l'image du caïd)
- maîtriser ses émotions en taisant ses fragilités et son intimité
- explorer les plaisirs sans en devenir esclave
- faire de l'argent, l'afficher et être reconnu par sa position de consommateurs (voitures puissantes, beaux habits)
- ne compter que sur soi mais être solidaire avec ceux qui vivent la même condition.

Bref tous les ingrédients du *self made man* mais dans un circuit illégal que les adolescents et les jeunes adultes des banlieues investissent faute de place et de reconnaissance dans le circuit «normal».

Bouhnik (1996, 252) montre que ces trajectoires de vie sont loin d'être uniformes même si elles ont pour base commune une vulnérabilité collective et la consommation/revente de produits psychotropes comme matrice organisatrice des relations. La vie illicite devient structurante, voire équilibrante puisqu'elle permet de dépasser les crises existentielles, familiales, scolaires, professionnelles qui ont jalonné leur parcours de vie. Elle permet d'échapper à la désaffiliation pour autant qu'ils échappent à la dépendance qui alors les fait rejoindre le camp des «camés»[1] incapables, à leurs yeux, de maîtriser les compétences sociales et professionnelle qu'ils doivent assumer (assurer les ressources, se protéger de la répression, ne pas se faire arnaquer, entretenir son réseau, etc.). Cette création de systèmes collectifs, fussent-ils illégaux, correspond à ce que Castel souligne être la réponse à la désaffiliation sociale: «L'inscription ou la réinscription des individus au sein de systèmes d'organisation collective est la réponse aux risques de dissociation sociale que porte la modernité (…)» (2003, p. 40)

Photo: interfoto

Dans un tout autre registre, la disqualification sociale peut, pour certains, être compensée en rejoignant un groupe d'entraide. C'est le cas par exemple pour les personnes dépendantes qui cumulent souffrance personnelle et souffrance sociale. Sur le rôle étayant de ces groupes et sur le renversement du stigmate qu'ils représentent, je renvoie à l'excellent article de Jean-Dominique Michel paru en 1999 dans cette même revue.

LA CONFIANCE

Pour ceux qui ne disposent pas de ressources sociales, économiques, voire familiales suffisantes, recréer un espace d'appartenance collective est le moyen le plus sûr de lutter contre la vulnérabilité et l'insécurité. Cette vulnérabilité est générée par une société dominée par des trajectoires de vie où chacun est non seulement sommé d'être autonome mais aussi d'être performant dans tous les aspects de l'existence. Une société où domine la tyrannie de l'accomplissement de soi, pour reprendre une expression de Marc-Henri Soulet, produit de la désocialisation. Or tous les individus ne sont pas égaux face à cette injonction de réussite et ceux dont le quotidien s'avère semé d'obstacles et d'incertitudes doivent pouvoir se recréer un entourage social sécurisant grâce auquel ils pourront retrouver une certaine confiance de vivre. C'est sûrement un peu paradoxal mais néanmoins bien réel que ce soit à l'intérieur même de ce que l'opinion publique perçoit comme facteur d'insécurité/incivilité sociale que les plus démunis, les plus stigmatisés peuvent se reconstruire un étayage social comme l'indiquent les recherches citées précédemment.

En conclusion, ce qui est ici à retenir c'est que ces nouvelles formes d'organisation sociale ne relèvent pas tant de la délinquance que de l'insécurité sociale à laquelle ces acteurs sont condamnés.

Bibliographie:

(1) Bouhnik, Patricia, 1996, «Système de vie et trajectoires des consommateurs d'héroïne en milieu urbain défavorisé», Communications 1996, No 62, p. 241-256
(2) Brubaker, Rogers, 2004, «Ethnicity without groups», in: Andreas Wimmer, Richard Goldstone et all (ed.), Facing Ethnics Conflicts. Toward a new Realism, p. 34-52. Lanham, Boulder, New York: Rowman and Littlefield Publishers
(3) Castel, Robert, 2003, L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé? Paris: Le Seuil
(4) Elwert, Georg, 1997, «Switching Identities», in: Hans-Rudolf Wicker (ed), Rethinking nationalities and Ethnicity, p. 251-271. Oxford, New York: Berg
(5) Honneth, Axel, 2006, «Les conflits sociaux sont des luttes pour la reconnaissance », Sciences humaines, juin 2006, no 172, p. 38-40
(6) Jamoulle, Pascale; Panunzi-Roger, Nadia, 2001, «Enquête de terrain auprès d'usagers de drogue», Psychotropes 2001/3, Vol 7, p. 31-48
(7) Michel, Jean-Dominique, 1999, «Groupes d'entraide: enjeux et perspectives», Dépendances No 7, p.10-12
(8) Todorov, Tzvetan, 2002, «Sous le regard des autres», Sciences humaines, octobre 2002, no 131, p. 22-27.

Courriel:
i.girod@grea.ch

[1] *L'usage d'un vocabulaire dépréciatif ainsi qu'une mise à l'écart du groupe des plus fragilisés reproduit à l'identique ce que la société englobante leur fait subir quotidiennement.*

LE RÔLE DES ORGANISATIONS DE PROCHES: L'EXPÉRIENCE DU CHALET DE CARREFOUR PRISON*

Viviane Schekter, *Directrice de l'association Carrefour Prison, Genève*

Si nous avons choisi d'aborder la thématique des proches dans le milieu carcéral, c'est parce que ce dernier représente l'institution fermée par excellence, et l'ambiguïté de la place des proches y est exacerbée. Sollicités pour certaines démarches, ils sont par ailleurs tenus à l'écart du système de la prison. L'association du Chalet s'emploie précisément à réduire ce paradoxe en offrant à la fois un espace où mettre en mots le vécu des proches et une passerelle avec la prison. (réd.)

Une femme s'approche des grilles de la prison. Elle tient dans sa main sa carte d'identité et une cartouche de cigarettes, comme s'il s'agissait d'un trésor. Lorsque je croise son regard, elle est absente, tendue, tout au-dedans d'elle-même.

Ce n'est qu'une heure et demie plus tard qu'elle franchit le seuil du Chalet. La tension a marqué ses traits. Le regard de l'accueillante bénévole, son langage non verbal qui l'entoure et l'accompagne jusqu'au fauteuil, puis les larmes, silencieuses…. Qu'il est dur de vivre la détention d'un fils. Six jours sur sept, la lumière au-dessus de la porte du Chalet s'allume pour indiquer l'ouverture de ce point de repère, parfois point de chute.

Il y a maintenant six ans que ces familles de l'ombre viennent déposer dans ce lieu leur colère, leur incompréhension, leur désarroi. «Je vis dans une prison transparente, personne ne la voit, personne ne la sent, mais elle m'enferme au quotidien. Depuis que mon mari est détenu, je vis au rythme des visites…en annonçant au travail que je fais des séances de physio pour mon genou, et en disant aux enfants que Papa est parti en voyage pour son travail…mais quel voyage!!».

La prison est un des outils de notre société pour poser des limites, pour punir, pour protéger. De manière souvent peu reconnue, l'incarcération d'une personne bouleverse la vie de sa famille sur les plans social, économique et psychologique.

a. Social: par la honte qui agit comme par contamination sur les proches, qui va petit à petit les amener à s'isoler;

b. Economique: souvent le salaire principal, légal ou non, est derrière les barreaux ce qui engendre un risque important de précarisation. Il faut parfois reprendre un emploi, réorganiser la garde des enfants;

c. Psychologique: par les intenses conflits de loyautés, les secrets, le stress qui vont amener toute une série de symptômes anxieux et dépressifs notamment [1].

> ***… l'incarcération d'une personne bouleverse la vie de sa famille sur les plans social, économique et psychologique***

Souvent les familles s'isolent. La honte, la difficulté de trouver les mots, la peur du jugement des voisins, des amis, des collègues empêchent le contact. La réalité de la détention, si indigeste, est parfois simplement effacée, gommée. Les visites au parloir de la prison sont alors le moment de la réalité, froide et évidente, de la rupture, du manque, de la perte. On peut apparenter le vécu des familles à un deuil: deuil de l'enfant dont on rêve, deuil de la vie de famille unie, deuil de l'innocence…personne ne veut jamais faire partie de ce groupe, famille de détenus.

La famille peut être une source de soutien et de lien comme elle peut être le lieu principal de rupture et d'abandon. J'ai rencontré des situations dans lesquelles les couples se sont solidifiés par l'épreuve de la détention, mais beaucoup d'autres où le lien s'est petit à petit fragilisé au point de ne plus être un réel point d'ancrage pour le-la détenu-e une fois à l'extérieur. *«Les familles ont envie de serrer le détenu dans les bras mais ont peur de l'avoir sur les bras»*, écrit Gwénola Ricordeau [2].

Lorsque nous avons ouvert avec l'équipe de Carrefour Prison l'antenne psychologique au centre ville en 1999, il s'agissait d'offrir aux familles de détenus un lieu d'écoute et de travail sur soi: un lieu où donner du sens à ce qui leur arrive. Rapidement nous avons réalisé qu'une grande partie des proches de détenus n'avaient pas besoin de devenir des patients, des assistés: ils ne recherchaient pas l'aide de professionnels, en tous les cas pas dans un premier temps. Au

---

* ***Carrefour Prison*** *est une association indépendante, à but non lucratif et reconnue d'utilité publique. Nous accompagnons les enfants de détenus au parloir, nous accueillons les familles avant et après les visites, et nous offrons un soutien psychologique aux proches des personnes en détention. 10, rue de la Madeleine, 1204 Genève, +41 22 310 55 51, www.carrefour-prison.ch.*

contraire, c'est le regard de la société sur ces familles qui représente souvent une des grandes difficultés. C'est pourquoi nous avons décidé avec Béatrice Leclerc, fondatrice de l'association Carrefour dans les années 70, et l'ensemble du courageux Comité de l'association, de mettre sur pied un concept de lieu d'accueil dans l'ici et maintenant, de citoyens pour des citoyens, d'humain à humain.

Nous avons alors organisé le recrutement d'une équipe d'une quinzaine d'accueillants bénévoles, prêts à s'engager avec nous dans cette aventure: il s'agissait de créer ce lieu, de lui donner une âme en s'appuyant sur la longue expérience de l'association Carrefour Prison.

Notre idée de départ, qui reste d'actualité, est de prendre le contre-pied du système dans lequel sont emmenées les familles: peu de choix, presque aucune marge de manœuvre, des forts sentiments d'impuissance… Nous avons élaboré un lieu où les compétences des familles sont placées au centre de nos préoccupations, le fil rouge de nos interventions étant de donner ou de redonner à chaque personne au maximum la capacité d'être acteur de ce qui lui arrive.

Ce Chalet, grâce au travail engagé et intensément respectueux des accueillants bénévoles, est devenu un lieu d'écoute, d'accueil et d'information privilégié dès janvier 2004.

Accueillir chacun, là où il est, en respectant les vagues de colère comme les déferlantes d'amour, écouter en faisant la part des choses, entre nos résonances et la réalité de nos usagers, et finalement informer chacun sur ses droits, sur les options possibles, bref, une lanterne dans le labyrinthe du milieu carcéral, tel est notre ambitieux projet.

Dans le cadre du développement du soutien aux familles, et grâce à la participation active de l'ensemble des établissements de détention de Suisse romande, nous avons publié un Guide pour les familles de détenus [4]. Il s'agit d'un Guide pratique, mais qui a pour objectif de clarifier au maximum le système pour ces familles.

Ce Guide permet de donner des informations pratiques: que peut-on amener à la prison? Comment réserver une visite? Le détenu peut-il téléphoner? L'objectif est de diminuer les malentendus. Nous savons bien que lorsqu'une famille apporte un gâteau fait maison, «celui qu'elle-il préfère», il s'agit de bien plus que du sucre, du beurre et de la farine. Ainsi, quand celui-ci est refusé à l'entrée, la déception est souvent grande.

Par ailleurs, au niveau analogique, le fait même de l'existence d'un Guide permet aux familles de ne pas se sentir seules face aux nombreuses difficultés qu'elles affrontent. Si un Guide existe, c'est que d'autres personnes ont les mêmes préoccupations et les mêmes difficultés. Un premier pas pour sortir de l'isolement est alors parfois franchi.

La confiance est nécessaire pour pouvoir entrer en lien avec ces familles déboussolées: au départ, une de nos difficultés a été de rassurer les usagers quant à notre neutralité, à tous les niveaux, et surtout de les assurer de notre indépendance. En effet, une grande partie des familles vivent dans le secret, jusque dans leur foyer. De plus, certaines personnes ont été entendues par le Juge d'Instruction, par la Police, sont en contact avec des avocats: les enjeux sont souvent très importants et la totale confidentialité offerte est indispensable. Un travail régulier d'information a été mis sur pied afin de rencontrer les familles hors du Chalet, sur le chemin vers les grilles de la prison. Les explications brèves mais précises de nos accueillants bénévoles permettent d'éviter les malentendus.

Comment vivre en bon voisinage, comment établir une collaboration sans compromission avec la prison de Champ-Dollon ? Le défi est constant, le lien est à réinventer au quotidien et peut à tout moment être fragilisé. Il a fallu dans un premier temps clarifier notre rôle: ni ami ni ennemi. Il s'agit pour nous d'amener un élément complémentaire, mais pas une concurrence. Le Chalet n'est pas une salle d'attente supplémentaire, mais un réel lieu d'accueil et d'information. Nous avons eu la chance de pouvoir verbaliser les craintes respectives avec la Direction de la prison ainsi qu'avec les agents de détention, notamment l'équipe présente au quotidien aux portes de la prison et ainsi expliciter les choses. Des réunions formelles annuelles avec la Direction de l'établissement et l'ensemble des services présents à la prison sont nécessaires afin de maintenir le contact. Nous luttons régulièrement contre un cloisonnement des services, qui apparaît comme un écho au cloisonnement provoqué par les murs. Une collaboration constructive est notre souci permanent, chacun ayant une place claire et identifiée.

Au départ simplement tolérée, notre équipe a petit à petit créé sa place et obtenu une réelle crédibilité et une reconnaissance. Il arrive maintenant régulièrement que les agents de détention présents à la porte de la prison dirigent des personnes vers le Chalet pour qu'elles y trouvent des informations et du réconfort.

Depuis une année maintenant, nous avons ajouté une corde à notre arc et développé le Relais Enfants Parents, géré uniquement par les professionnelles de l'association, éducatrices sociales et psychologue. Au cours de nos rencontres avec les familles, nous avons perçu la grande difficulté de garder un lien entre enfants et parents.

Comment rester parent malgré la détention? Obéir et se soumettre à des règles tous les jours, puis, pendant une heure, prendre un rôle tout différent, être celui ou celle qui cadre, qui est responsable, qui donne…quel défi ! Aujourd'hui nous proposons un accompagnement à ces familles, sous différentes formes.

D'une part, nous offrons un accompagnement individualisé lors de situations conflictuelles, lorsque les deux parents

sont détenus ou encore lorsque le parent hébergent ne peut ou ne veut pas venir au parloir. Nous proposons alors de médiatiser la rencontre, de préparer l'enfant aux visites et surtout de ménager un espace privilégié à ce dernier.

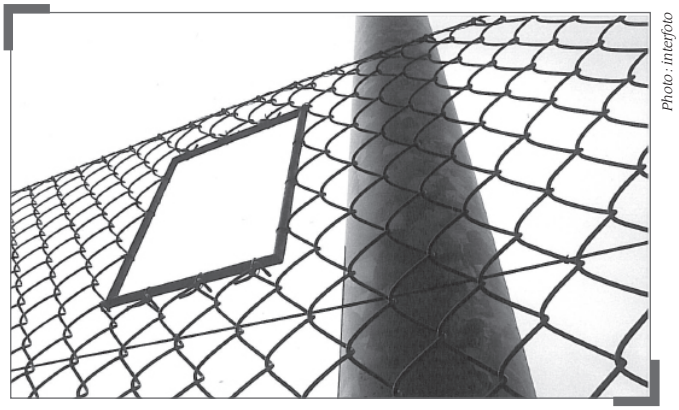

Photo : interfoto

D'autre part, nous avons constaté à quel point les visites en famille à la prison sont chargées émotionnellement. Elles sont aussi par ailleurs éloignées de la réalité quotidienne. Comment passer une heure, assis à une table, en face à face avec quelques jouets et mille problèmes administratifs à régler? Une heure, c'est à la fois long et court. Trop long pour ne rien se dire, trop court pour risquer de mettre sur la table un thème que l'on ne pourrait pas terminer.

Parfois, des professionnels nous questionnent sur la pertinence du maintien du lien entre enfant et parent détenu. Or les liens psychiques qui attachent l'enfant à ses parents existent quels que soient les conditions de vie de l'enfant. «Les liens sont morbides ou structurants, et l'éloignement, ne les efface pas; aussi la question de leur maintien [les liens enfant-parent détenu] ne devrait-elle pas se poser à l'inverse de celle de la pérennité des contacts entre l'enfant et son parents» [4].

Dans notre travail de Relais Enfants Parents, nous avons comme règle la prise en compte de l'intérêt de l'enfant. Par ailleurs, on peut relever ici que la Convention Internationale des Droits de l'Enfant mentionne le droit de l'enfant à des relations avec l'un et l'autre de ses parents.

Ainsi, nous proposons dans certaines prisons, comme au Bois-Mermet à Lausanne, une rencontre mensuelle sous forme d'atelier créatif. Il s'agit d'un moment de créativité en famille (pâte à sel, peinture sur T-shirt, bricolage…). Lorsqu'on crée on dit des choses sur soi, on se dévoile à l'autre. Le lien a besoin d'un support pour se nourrir et grandir. C'est aussi l'occasion d'une collaboration étroite entre le service socio-éducatif de la prison, les agents de détention et l'équipe professionnelle de Carrefour Prison. La famille qui rit avec l'agent de détention, qui découpe avec lui des formes, l'enfant qui questionne l'éducatrice de la prison, tous ces moments décloisonnent et permettent de donner du sens à la peine. Une maman de deux jeunes enfants me disait en sortant de ce parloir créatif il y a quelques temps: «c'était bien, on a même vu mon mari rire…il faut qu'on s'habitue à venir ici aussi pour du bon temps…».

L'accompagnement des relations familiales dans la situation d'incarcération d'un parent implique des interactions très complexes en raison de l'affrontement de deux logiques, une logique sécuritaire et une logique plus relationnelle. En fait, cet antagonisme porte sur un enjeu politique majeur: la responsabilisation du détenu qui répondrait à terme à l'intérêt de son enfant mais qui a comme corollaire la menace qu'elle pourrait représenter pour l'existence et la stabilité de l'institution pénitentiaire. Il existe heureusement plusieurs manières de gérer ce paradoxe, la médiation des visites en est une.

Pour relever le défi du soutien aux familles de détenus, nous nous appuyons aussi sur un fort réseau européen. Cela permet de maintenir un niveau de réflexion et de remise en question constant, mais aussi de participer et mettre sur pied des formations en commun [5].

Il est intéressant de relever que les familles de détenus ont souvent le sentiment d'être inutiles, impuissantes, hors circuit. Paradoxalement, notre système pénal va faire appel à elles dans des moments précis, comme par exemple lors de la recherche d'un emploi, d'un logement, d'un garant pour un congé, d'un témoin de moralité. Comment prendre en compte les familles de détenus en tant que réelles partenaires dans l'objectif de resocialisation sans leur donner les informations nécessaires et surtout le mode d'emploi du système? [6]

Comment attendre d'un détenu qu'il ait des relations adéquates avec ses enfants tout en le coupant systématiquement de ce lien?

Soutenir les familles, c'est aussi donner aux détenus une chance au retour dans la vie citoyenne, c'est garder en tête que la prison n'est qu'une étape et non une fin en soi.

Bibliographie:

(1) Le Quéau, P. (2000). L'autre peine, étude exploratoire sur les conditions de vie des familles de détenus, Cahier de Recherche du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, N0 C147, novembre 2000.
(2) Ricordeau, G. (2008). Les détenus et leurs proches. Paris : Autrement
(3) Le Guide pour familles de détenus, Suisse Romande, peut être commandé directement à l'association Carrefour Prison (mail ou téléphone). Il est offert aux familles de détenus.
(4) Alain Bouregba (2004) Les troubles de la parentalité, Dunod :Paris
(5) Eurochips, réseau européen pour l'aide aux enfants de détenus, www.eurochips.org
(6) Schekter, V. (2009), Familles je vous hais ou familles je vous aime? Les rôles des familles dans le processus de resocialisation, in L'objectif de resocialisation est-il toujours d'actualité?, Stämplfi : Berne.

Courriel:

info@carrefour-prison.ch

L'APPROCHE SYSTÉMIQUE DES DÉPENDANCES EST-ELLE ENCORE D'ACTUALITÉ ?

Olivier Amiguet, *formateur en intervention systémique, responsable du DAS en intervention systémique, HES-TS-eesp, Vaud*

Par ce titre un brin provocateur, l'article fait le point sur l'approche systémique: qu'a-t-elle apporté à l'intervention dans le domaine des dépendances, notamment dans la prise en compte de l'entourage ? Qu'en reste-t-il aujourd'hui ? Quels sont les nouveaux défis auxquels cette discipline est confrontée ? (réd.)

L'approche systémique dans le domaine des dépendances a contribué de manière importante à un enrichissement de la compréhension et des modalités d'intervention des professionnels. Elle a participé de manière significative à penser la dépendance comme un phénomène multifactoriel qui nous invite à penser «ET» plutôt que «OU». Elle affirme notamment que tout comportement, toute relation s'inscrit dans un contexte spécifique qu'il est indispensable de prendre en compte.

Mais, passées ses heures de gloire liées à l'engouement pour un langage nouveau et après plusieurs années de mise en œuvre, qu'en reste-t-il aujourd'hui? Est-elle encore un modèle actuel, pertinent, utile aux intervenants et aux personnes dépendantes? Et peut-on parler d'UN modèle systémique?

Il est utile de rappeler que cette approche n'a pas un seul père fondateur qui ferait figure de créateur incontesté. La pensée systémique est née par l'apport de multiples auteurs et a pris des couleurs extrêmement variées. On y distingue diverses tendances qui toutes ont contribué à enrichir ce qui est devenu un modèle global et rassembleur: pour mémoire divers auteurs ont développé une pensée spécifique et originale dont voici quelques traces que l'on retrouve dans le vocabulaire des intervenants dans le champ des dépendances:

Tendance	Auteurs	Quelques notions clés
Analytique	Bowen	Alliance, coalition, système émotionnel, différenciation de soi, triangulation
Intégrative	Ackermann	Rôles familiaux, bouc émissaire, complémentarités et conflits de rôles
Intergénérationnelle	Stierlin, Boszormenyi Nagy	Loyautés, délégation, éthique relationnelle, dettes et mérites, légitimité constructive ou destructive, exonération
Structurale	Minuchin	Frontières intergénérationnelles, familles enchevêtrées, restructuration, carte familiale
	Ecole de Rome	Provocation, tâches, joining, métaphore
Communicationnelle	Ecole de Palo Alto	Construction de la réalité, théorie de la communication stratégie, double contrainte, paradoxe, fonction du symptôme, recadrage
	Ecole de Milan	Contre paradoxe, hypothétisation, circularité, neutralité, jeu, connotation positive, instigation
Expérientielle	Whitaker, Satir	Estime de soi, croissance, expérience émotionnelle
Mythique	Caillé	Niveau mythique et phénoménologique, identité et appartenance, objets flottants, panne et crise
Résonance	Elkaïm	Résonance, système hors de l'équilibre, autoréférence, double contrainte réciproque, carte du monde et programme officiel
Solutionniste	De Shazer, Berg	Centré sur la solution, encourager le positif, miracle furtif, questions à échelle, exception au problème
Constructioniste	White, Gergen	Construction sociale de la réalité, narration, extériorisation du problème, sens multiples

Bien sûr un tel tableau est une injure tant aux auteurs cités, dont je rétrécis la pensée à ce qui m'a marqué, qu'à tous ceux qui ne figurent pas ici et qui ont contribué eux aussi à cette approche dite «systémique». Je leur présente mes excuses.

L'ensemble de ces concepts a contribué à construire une approche regroupée sous le «nom de famille» *systémique* et c'est sans doute l'une des caractéristique importante de ce mouvement de pensée que d'avoir pu dépasser des querelles internes pour penser que tous ces concepts contribuaient à une vision plus large, plus riche, pleine de ressources diverses.

Est-il alors possible de repérer quelques évolutions significatives à l'intérieur de ce courant de pensées, dans le champ des dépendances? Certes, je ne suis pas au front des interventions et mon regard est donc partiel et partial. Sans aucun doute, les divers professionnels engagés dans l'aide aux personnes dépendantes pourraient-elles compléter et discuter de mes propositions. Je ne peux que le souhaiter, tant la confrontation et la discussion permettent d'élargir la réflexion.

Je proposerai cinq remarques.

1. LA PRISE EN COMPTE DU CONTEXTE

Dire que la toxicodépendance renvoie à la rencontre d'une personne, d'un contexte et d'un produit reste à mes yeux essentiel. La systémique a sans doute apporté une manière de penser et d'explorer le contexte.

Très rapidement, la systémique a développé une attention au contexte familial. Le développement des thérapies familiales, fer de lance de la systémique dans le champ des relations humaines, a ainsi fortement marqué une appréhension de la réalité: la famille est le lieu dans lequel les apprentissages relationnels ont été ancrés, elle est le contexte par excellence sur lequel il convient de travailler pour prendre en compte le contexte.

L'entourage a ainsi été regardé avec un intérêt nouveau. Alors que souvent il était considéré comme responsable des dérives, il est devenu un contexte significatif pour donner sens aux comportements de dépendance. Cela appelle pourtant deux remarques:

D'une part, la notion d'entourage a très vite été assimilée à *famille*. Or nous savons que souvent, l'entourage significatif des personnes très dépendantes n'est plus la famille, mais soit d'autres personnes dépendantes, soit le réseau des professionnels. La question de savoir comment prendre en compte l'entourage ACTUEL est à mes yeux toujours ouverte.

D'autre part, l'idée de prendre en compte l'entourage était fondée sur la croyance que les proches pouvaient être des ressources pour les personnes en difficulté. Or il me semble que souvent l'entourage est vu comme explication, comme lieu de compréhension plus que comme ressource. Certes cela appelle bien des commentaires auxquels je renonce ici pour ne garder qu'une interrogation.

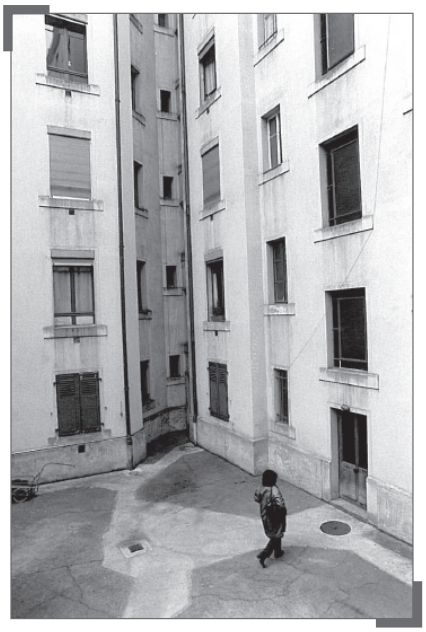

Photo: interfoto

2. Y A-T-IL UN «TERRITOIRE» SYSTÉMIQUE»?

Dans le cadre de la FORDD, le centre Saint Martin de Lausanne avait proposé une session de formation intitulée *comorbidité psychiatrique*. Nous avions alors proposé une autre session que nous avons intitulée *comorbidité sociale*. La polémique était amicale, claire et nous en avons ri de bon cœur. A mes yeux cela relevait de la question de savoir qui intervient sur quel territoire, ou qui marche sur les plates-bandes de qui…

Dans le champ de l'intervention systémique, ce même phénomène a aussi existé avec force: y a t-il compatibilité ou rivalité entre des approches systémiques et cognitivo-comportementales ou psychanalytiques? A mes yeux cette dispute est plus celle des puristes que des praticiens. Et j'ai toujours été émerveillé de voir avec quelle facilité beaucoup d'intervenants conjuguaient ces approches comme complémentaires. Morin disait que tous les modèles sont concurrents et complémentaires en même temps.

Je pense utile de rappeler les recherches de M. J-N. Despland qui affirme qu'il n'y a pas un modèle plus performant qu'un autre. Ce qui est déterminant dans le succès des traitements, c'est la qualité de l'alliance établie, la cohérence avec le modèle qui nous inspire et la consistance de l'intervenant.

On peut donc dire que tout modèle qui revendiquerait une hégémonie dans un champ d'intervention ne serait que prétentieux. Mais l'invitation à être au clair avec son modèle

de référence prioritaire demeure de même que la nécessité de s'autoriser à bénéficier des apports d'autres approches.

3. CO-CONSTRUIRE, OUI, MAIS AVEC QUI?

L'idée que l'intervention est un processus qui associe l'usager et le professionnel est devenue banale. Je perçois une évolution en trois temps au moins.

Tout d'abord, l'intervenant était un expert, extérieur à la problématique de la personne dépendante. Il avait une préoccupation stratégique pour savoir comment faire changer le système dans lequel il intervenait.

Dans un deuxième temps, La systémique constructioniste a ajouté que l'intervenant ne perçoit l'histoire de l'autre qu'au travers de ses propres filtres. Ce qui se passe dans le regard que le professionnel porte sur une situation, c'est ce qui prend du sens pour lui, c'est-à-dire ce qui fait écho dans sa propre construction du monde. C'est ce qu'Elkaïm a nommé les résonances. L'intervenant a alors été conçu comme membre d'un nouveau système: le système d'intervention comprenant l'usager, peut-être son entourage et l'intervenant lui-même. Le travail sur les résonances ou sur le système de représentation sociale devenait l'axe central.

> ***... dans le domaine des dépendances, les «thérapies forcées» devenaient fréquentes***

Un troisième mouvement me semble être de donner à l'intervenant un rôle différent: celui de permettre l'échange d'expérience, de vision, de solidarité entre personnes confrontées à une difficulté: ce sont alors les groupes multifamilles, ou les groupes de personnes dépendantes. Quelques expériences existent dans ce sens, mais il me semble que cet axe a principalement été laissé aux groupes de soutien tels les AA ou les NA.

Quoi qu'il en soit, la préoccupation de permettre à chacun, intervenant, usager et entourage, de trouver et garder sa place légitime reste centrale, même si les modalités varient.

4. L'AIDE CONTRAINTE

C'est là sans doute un aspect où une évolution importante doit être soulignée.

Toute forme de demande d'aide paraissait impossible s'il n'y avait pas un minimum d'adhésion du demandeur: sans conscience morbide, pas de travail thérapeutique possible. Or, dans le domaine des dépendances notamment, les «thérapies forcées» devenaient fréquentes: par exemple lorsqu'un juge ordonnait qu'un traitement soit suivi par la personne. «Je veux que tu veuilles te changer et pour cela je veux que tu veuilles de l'aide» comme l'exprime Guy Hardy.

Les travaux de S. Cirillo, de G. Hardy et de C. Seron ont amené une nouvelle manière d'aborder cette question. La contrainte devenait le moteur du travail, dans la mesure où l'intervenant parvenait à se situer comme tiers, ni allié du juge ni complice de l'usager. Il est celui qui invite l'usager à se confronter aux exigences du mandataire.

De plus, il n'est pas possible de démontrer que l'on n'est plus dépendant. On peut démontrer la sobriété certes, mais pas la «non-dépendance».(Les AA ne disent-ils pas: «sobre aujourd'hui» parce que le combat n'est jamais achevé). Dans ce sens, Hardy propose de mettre l'accent sur prouver qu'il y a du positif plutôt que de prouver qu'il n'y a pas de négatif.

Malgré cela, une image forte reste qui affirme qu'une aide contrainte était un élément a priori négatif pour un engagement dans un processus d'aide.

Les recherches récentes montrent que le statut du traitement (imposé ou non) n'a aucune influence sur le traitement lui-même et son efficacité.

Ainsi, l'aide dite *contrainte* appelle deux remarques:

D'abord, il faut constater que, en définitive, toute aide est contrainte. Nous vivons dans une société qui prône le fait que tout individu *normal* doit savoir se débrouiller seul. Demander de l'aide est un signe de faiblesse, d'inadéquation. Donc que ce soit un juge, un médecin, un travailleur social, un conjoint, des enfants ou mon propre mal être, il y a quelque chose qui me pousse à demander et/ou recevoir de l'aide.

Ensuite, le concept d'aide contrainte a amené non pas à différencier un type d'aide d'un autre, mais à proposer une vision stratégique qui appelle chaque acteur à être dans son rôle et sa place légitimes. C'est là un apport important.

5. DU RÉSULTAT AU PROCESSUS ÉVOLUTIF

Une des croyances importantes liée au modèle systémique, c'est que tout système a des facultés d'autorégulation, qu'il est en mesure de s'adapter, s'ajuster, se transformer. L'objectif de l'intervention consiste alors à aider le système à remettre en mouvement ses possibilités d'auto-transformation. L'aide consiste alors non pas d'abord à obtenir un résultat, mais à remettre en route un processus évolutif momentanément bloqué. Ce n'est pas l'intervenant qui change le système, mais c'est le système qui, dans l'interaction avec l'intervenant, va se changer lui-même.

Cette vision reste d'une actualité étonnante, en particulier face aux dictats toujours insistants des modèles de gouvernance des finances publiques ou privées qui exigent des résultats vérifiables et quantifiables pouvant entrer dans les

statistiques. Les systèmes qualité invitent à créer des fiches d'amélioration, à mettre en place des procédures qui figent les interventions autant que les résultats vérifiés.

Or si l'on en croit le modèle systémique, les résultats n'appartiennent pas aux intervenants. Ce sont les personnes dépendantes elles-mêmes qui vont orienter le processus de leur évolution et non une croyance extérieure à eux-mêmes qui en déterminerait l'objectif et le contenu.

Cette optique, parfois oubliée, reste un élément fort de l'approche systémique.

CONCLURE?

Le modèle systémique est-il encore d'actualité aujourd'hui? J'en suis convaincu. Je constate que les systémiciens sont probablement devenus plus humbles, moins triomphalistes et prêts à construire des approches qui combinent des sensibilités et mettent des accents variables dans les interventions. Ils prennent ainsi en compte leurs propres croyances en affirmant qu'il faut penser ET plutôt que OU.

Est-il possible alors de garder ensemble le souci de cohérence d'un modèle et l'ouverture à d'autres visions, d'autres chemins: c'est le défi auquel doivent faire face toutes les approches cherchant à aider les personnes en souffrance.

Courriel:
oamiguet@bluewin.ch

GREA

Cours Automne 2010

Le secret professionnel: enjeux éthiques et juridiques

Date: Vendredi 17 septembre 2010

Quelle insertion pour les personnes dépendantes?

Date: Jeudi 30 septembre 2010

Case management dans le champ des addictions

Dates: Jeudi 7 et vendredi 8 octobre 2010

Troubles de l'attention et de l'hyperactivité et addictions

Dates: Mercredi et jeudi 13 et 14 octobre 2010

Usage des écrans: un risque de cyberaddiction ?

Date: Jeudi 11 novembre 2010

Les neurosciences et leurs implications dans le champ des addictions

Date: Vendredi 26 novembre 2010

Parentalité, grossesse et accueil de l'enfant pour les parents dépendants

Dates: Lundi 13 et mardi 14 décembre 2010

Plus d'informations et inscriptions sur www.grea.ch

LA PERSONNE DÉPENDANTE À LA CONSULTATION DU MÉDECIN DE PREMIER RECOURS

Dr Roland Sthioul, *médecin généraliste, Clarens*

Le médecin généraliste, ou médecin de famille, travaille avec les proches. Mais lorsque la personne qui vient en consultation est dépendante des drogues illégales, les liens avec la famille sont souvent rompus. De fait, c'est le médecin de famille qui devient un pilier important de l'entourage des personnes dépendantes, aux côtés d'autres professionnels du réseau. Il occupe d'ailleurs une place particulière: moins stigmatisant qu'un « psy », il construit patiemment un lien qui évolue au fil du temps, offre une passerelle vers d'autres instances et aussi un contact avec d'autres patients. Témoignage d'un praticien. (réd.)

La médecine de proximité ne connaît pas d'exclusion dans son essence même, bien que les intérêts et les disponibilités de chaque praticien font que les patients toxicodépendants ne sont pris en charge, en dehors des institutions, que par peu de médecins généralistes.

Depuis plus de vingt ans je reçois en consultation environ 20-25 personnes aux prises avec des problèmes de dépendance aux stupéfiants, sans compter les consommateurs abusifs d'alcool, qui quant à eux sont davantage répartis entre les confrères du terrain.

> ***Notre éthique doit nous interdire d'être des «dealers» en blouses blanches …***

L'accompagnement des «toxicomanes», dépendants de drogues illégales, est grevé de leur plus importante marginalité, en particulier de co-morbidités psychiatriques généralement plus sévères, et d'un âge moindre que les «alcooliques». D'une façon générale on fait une distinction entre les premiers qui vivent souvent les affres de la non-acquisition des compétences socio-professionnelles de par leur entrée très précoce dans la dépendance, et les seconds qui vivent plutôt la perte de leurs acquis. La prise en charge s'en ressent, au vu des inégalités de ressources et d'étayages. Les patients alcoolodépendants faisaient souvent déjà partie d'une consultation de médecine générale ou de famille avant leur décompensation, alors que les narcodépendants entrent en contact pour cette raison précise avec un praticien avec lequel souvent ils n'avaient pas de lien relationnel préalable.

Le médecin de premier recours est souvent démuni devant ces patients à la fois demandeurs d'aide, mais peu aptes à accepter un cadre relationnel et thérapeutique fixé par le prestataire de soins, cadre ou «contrat» qui pourtant, après négociations, sont indispensables à la bonne marche du suivi. Ils sont souvent poussés à nos portes par des impératifs opportunistes face à la Justice, ou par la ruine financière de leur course effrénée aux substances, plus rarement que par une maladie même s'ils sont les champions des conduites à risques. Ils nous demandent la prescription «officielle» des substances dont ils ne peuvent (et parfois ne veulent!) pas se passer, s'approvisionnant au marché noir à des prix plus de dix fois supérieurs aux coûts en pharmacie. Notre éthique doit nous interdire d'être des «dealers» en blouses blanches, mais les risques potentiellement vitaux d'une crise de manque (en particulier pour les benzodiazépines à courte durée d'action) nous contraignent à une relative entrée en matière, et parfois en urgence! Nous pensons aussi à la réduction de la délinquance (vols, prostitution à risque, deal pour autoconsommation…). Amener ces patients en souffrance authentique le plus souvent certes, mais exigeants, intransigeants, voulant garder le contrôle de leurs rituels d'addiction, à se soumettre à un programme rigoureux, qui plus est respectueux de la Loi, tient de la gageure tant qu'une alliance, même à ambition modeste au début, n'a pu être négociée. Allier confiance et reconnaissance de leur tendance à la manipulation ne se fait pas sans mal…!

Le rythme classique de la consultation de nos cabinets, le plus souvent surchargés, à raison d'un patient par quart d'heure, est peu propice pour ne pas dire incompatible, avec ce genre de prise en charge. L'incertitude d'être payé achève de décourager maints praticiens. Mais si l'on a choisi d'accepter le challenge d'accompagner ces personnes dont la dépendance et l'abus de substance sont à la fois symptôme d'une maladie sous-jacente, le plus souvent psychique (on parle alors de personnalité pré-morbide), éventuellement somatique, et la conséquence d'un détournement de produits consommés en automédication, tant le besoin a pris le dessus depuis longtemps sur l'envie ou l'expérimentation, on peut (on doit!) espérer parvenir à établir une alliance dont le seuil d'exigence thérapeutique s'élè-

vera au fil des mois, voire des années. Et ce avec un plaisir certain, qui va dans le sens de notre activité de médecin: soigner !

La cohabitation (en salle d'attente en particulier) entre le tout-venant d'une consultation de médecine de premier recours, et ces patients atypiques, offre parfois un forum d'échange inattendu, et pour ma part je n'ai jamais eu à déplorer d'esclandre; au contraire il est parfois des scènes touchantes, des discussions qui n'auraient peut-être pas lieu ailleurs… C'est le contraire d'un ghetto, et c'est un atout pour les patients de tous bords. Et il n'y a pas, ou moins, la connotation stigmatisante psychiatrique qui en fait fuir beaucoup, dépendants ou non !

Ces dix dernières années, la mise en place de structures spécialisées avec lesquelles nous pouvons œuvrer en réseau multidisciplinaire, et qui nous relayent pour les situations les plus incontrôlables, a permis davantage de sérénité. Il convient cependant de garder à l'esprit que le généraliste éprouvera toujours un peu la «solitude du coureur de fond» et n'offre en outre pas le soutien socioéducatif d'un centre. Les rendez-vous ne peuvent avoir lieu à fréquence soutenue, habituellement maximum à quinzaine sur le long terme. Le côté «light» d'un cabinet privé attire périodiquement des patients en rupture, décompensés et intolérants au cadre rigoureux et exigent d'une institution. Il convient de ne pas disqualifier nos collègues plus spécialisés et mieux outillés en se substituant à eux, mais bien de proposer une collaboration avec eux, en maintenant ce fameux cadre indispensable.

L'accompagnement des proches, qui est l'apanage habituellement du médecin de famille, et peut être mis en œuvre assez fréquemment dans des problématiques d'alcool, en se basant sur des acquis même compromis ou récemment perdus: conjoint ou ex-conjoint encore accessible, enfants, cadre professionnel… Il est beaucoup moins la règle pour les patients dépendants de stupéfiants, dont le système affectif, génétique et social, est souvent précocement éclaté, et étranger au cabinet du médecin de famille. S'il arrive parfois qu'un partenaire stable soit présent, alors souvent co-dépendant ou également consommateur/abuseur, il s'invite alors à la consultation et peut devenir à son tour demandeur d'un suivi, mais dans mon expérience il ne s'agit là que d'une minorité. De façon malheureusement plus générale, en particulier avec les pères et mères de toxicomanes, soit la relation est coupée, soit empreinte de méfiance et de dénigrement réciproque, d'une grande incompréhension.

Accompagner des parents dans la prise de conscience que l'abus chronique de substances par leur fille ou leur fils est sous-tendu par des «problèmes psychiatriques» préexistant (environ 70% des situations, psychose ou trouble sévère de la personnalité) est une tâche délicate. On est confronté à la pensée magique que le sevrage et l'abstinence résoudront tout ou presque, et faire admettre que de se limiter à la substance est trop restrictif, qu'il y a un travail à faire en amont, pour comprendre (puis traiter) la très vraisemblable «maladie» qui a fait le lit de la consommation et de la dépendance, par une sorte d'automédication, est ardu! Et plus que la consommation elle-même, le trouble psychique d'un proche renvoie à davantage de remise en question et de culpabilité; la défense est alors souvent hélas le déni, la colère, ou l'exigence d'un traitement autoritaire par les professionnels voire la Justice, ou le désespoir et l'abandon… Des parents m'ont parlé d'envie de meurtre! Mais lorsqu'on leur propose, via des mesures tutélaires par exemple, une prise en charge institutionnelle impliquant un éloignement, la nature symbiotique «passive-agressive» du lien familial dresse des obstacles qu'il a fallu parfois des années pour aplanir, sorte de lutte de pouvoir, de «jalousie», entre parents et réseau professionnel, médical et socio-éducatif…

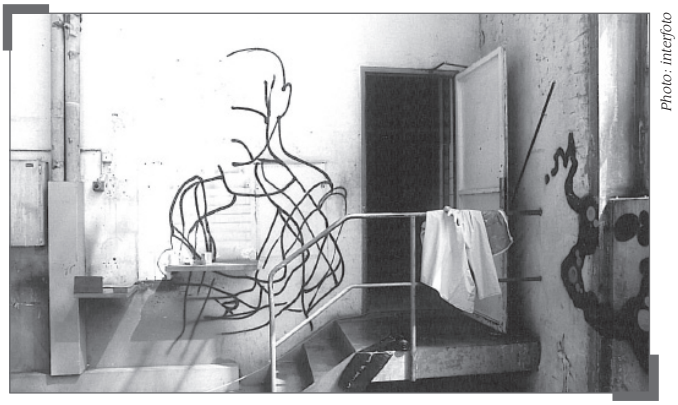

Photo: interfoto

Faire le deuil de sa toute-puissance à sortir un proche de l'ornière, surtout si profonde, n'est pas chose aisée. Ces parents en détresse ont souvent déjà un médecin de famille qui les écoutent et les accompagnent, et plusieurs m'ont contacté pour que je prenne en charge le membre addict du système; ainsi peut naître une collaboration entre confrères, ou chacun trouve son aire de confiance, de confidence et de soutien. Je joue alors un rôle plus réservé d'informateur, et les incitent à s'occuper d'eux-mêmes avec leur médecin de toujours…

Il n'en reste pas moins possible, à dire vrai même indispensable, d'englober tout le système (partenaire, parents…) quand ils existent, mais une réelle thérapie familiale est trop complexe pour le médecin de premier recours, elle requiert plus d'un thérapeute lors des entretiens, et est donc réservée aux structures institutionnelles. Il incombe alors au généraliste d'accompagner la personne dépendante et en souffrance psychique, et loin de l'abandonner, de la guider vers un cadre thérapeutique structuré, avec ses proches lorsque leur collaboration peut être acquise, tout en restant loyal et présent dans ce réseau multidisciplinaire mis en place…

Ainsi le rôle du médecin de premier recours, s'il a une place thérapeutique indéniable, est aussi une approche empathique, un lien et un trait d'union avec des spécialistes, que le patient dépendant et progressivement atteint dans sa santé, peut avoir de la peine à contacter de sa propre initia-

tive: psychiatre, infectiologue, hépatologue… ainsi qu'avec des instances telles que l'Assurance Invalidité lorsqu'il y a matière à y avoir recours. Cet accompagnement peut durer très longtemps, pour certains patients cela fait plus de 15 ans qu'ils sont fidèles à nos entretiens, avec parfois des ruptures, ou des pauses devant une bonne stabilisation, ou une incarcération, ou un séjour institutionnel ou résidentiel. Modestement l'on sait que dans de tels collectifs, le pronostic se partage entre 1/3 de décès, 1/3 de rémission durable ou de guérison, et 1/3 de chronicisation sans sevrage possible mais avec l'espoir de diminuer les risques de complications et de souffrance. Les personnes qui ont fait longtemps l'expérience d'une dépendance sévère restent peut-être fragiles, le toxique n'est souvent que le sommet de l'iceberg, elles requièrent notre attention au-delà de l'obtention du sevrage, et la relation doit pouvoir perdurer, la place du «simple» généraliste est dès lors assurée en dehors de toute stigmatisation…

Courriel :
roland.sthioul@hotmail.com

L'Unité de formation continue de la Haute école de travail social et de la santé · EESP · Vaud, vous informe des formations postgrades qui débuteront prochainement :

CAS en assurances sociales
Début : septembre 2010
Cheffe de projet : Valérie Hugentobler

CAS en gestion d'équipe et conduite de projets
Début : septembre 2010
Chef de projet : Olivier Udressy

MAS en action et politiques sociales
Début : octobre 2010
Chef de projet : Stéphane Rossini

DAS en thérapie avec le cheval
Début : automne 2010
Chef de projet : Charles Chalverat

DAS en intervention systémique dans l'action sociale et psychosociale
Début : janvier 2011
Chef de projet : Olivier Udressy

CAS en santé mentale et psychiatrie sociale
Début : début 2011
Cheffe de projet : Elisabeth Hirsch-Durrett

DAS en art-thérapie
Début : automne 2011
Cheffe de projet : Déa Evêquoz

Renseignements, descriptifs des cours et inscriptions sur notre site Internet ou au secrétariat de l'Unité de formation continue :

www.eesp.ch/ufc - Tél. : 021 651 03 10
formation.continue@eesp.ch

éesp école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne
haute école de travail social et de la santé · Vaud

ENTOURAGE DES ENFANTS VIVANT DANS DES FAMILLES AYANT UN PROBLÈME D'ADDICTION: BEAUCOUP D'ADULTES POUR QUELLES ACTIONS?

Irene Abderhalden, *responsable du secteur prévention et* **Michel Graf,** *directeur, Addiction Info Suisse (anciennement ISPA)*

Parce que ce sont des enfants, ils sont beaucoup entourés, par leurs parents, leurs enseignants et d'autres adultes...
Parce que ce sont des enfants ayant des parents dépendants, ils vivent dans une famille frappée d'un double tabou, celui de la honte d'être «alcoolique», et la crainte d'être «de mauvais parents»...
Parce que ce sont des enfants ayant des parents dépendants, les adultes qui les entourent, s'ils ne connaissent pas la situation familiale de l'enfant, ne font rien, et s'ils la connaissent, n'osent rien faire...
Parce que ces enfants souffrent, nous avons le devoir de faire quelque chose! Quelques éclairages et réflexions pour faire évoluer la situation.

HISTORIQUE DE LA THÉMATIQUE

La réalité des enfants vivant dans des familles ayant un problème d'alcool a été peu prise en considération pendant de nombreuses années dans la recherche scientifique, et en l'absence de discours sur ce thème, le grand public n'avait pas conscience du problème. En 1969, dans «Les enfants oubliés», Cork décrit plusieurs symptômes frappants qui sont apparus chez des enfants issus de familles ayant un problème d'addiction. A la fin de 1980, des auteurs tels que Black (1988), Wegscheider (1988) et Lambrou (1990) ont formulé les premiers modèles théoriques de l'alcoolisme vu comme une maladie de la famille (*«Familienkrankheit Alkoholismus»*). Il est décrit comment l'alcool occupe un rôle central dans une famille dont l'un ou l'autre parent est alcoolodépendant et de quelle manière la dépendance à l'alcool des parents influence l'ambiance familiale avec quels effets sur les enfants et leur vie quotidienne.

Alarmés par cette première publication scientifique, des experts se sont rendu compte qu'il fallait intensifier la recherche et développer une aide concrète pour ces enfants. Ainsi, en 1983 aux États-Unis s'est créée l'Association nationale pour les enfants d'alcooliques (National Association for Children of Alcoholics, NACoA). L'objectif de cette organisation a été d'agir pour les intérêts des enfants affectés par l'alcoolisme ou d'autres types d'addiction dans leur famille. NACoA (établie depuis lors aussi au Royaume-Uni et en Allemagne), se donne pour mission de sensibiliser le public, de fournir des informations pour les enfants de parents souffrant d'addiction et d'aborder la dépendance comme une maladie du système familial.

En Europe, le «Réseau européen des enfants affectés par un environnement à risque au sein de la famille» ENCARE (*«European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family»*) a été fondé en 2002 dans le but de thématiser la problématique des enfants vivant dans des familles ayant une addiction, à promouvoir la recherche sur le sujet et de construire un réseau d'experts. Aujourd'hui, des institutions de 23 pays européens sont représentées dans ENCARE et des réseaux régionaux existent aux niveaux nationaux.

Avec la prise de conscience du monde professionnel ainsi que la constitution de nouveaux réseaux, les offres thérapeutiques de prise en charge des enfants concernés ont également augmenté. Ces dernières années, de nombreux projets ont été lancés, dans lesquels des offres de soutien aux enfants ont été développées sur différents niveaux.

ETAT DU PROBLÈME

Une enfance dans la peur et le silence

Dans les familles avec des parents alcooliques, l'alcool est l'élément déterminant dans la vie familiale. Le parent dépendant devient le centre de focalisation de la famille et va influencer l'atmosphère et l'ambiance du foyer. Pour les enfants, cette situation est perçue comme une période de stress chronique. L'insécurité, l'instabilité et l'imprévisibilité caractérisent la vie quotidienne. Il n'y a pas de normalité ou de sécurité. Selon que le parent dépendant est dans une phase de consommation active ou d'abstention, l'enfant sent qu'il vit avec un père ou une mère ayant un comportement tout à fait différent, il est confronté à deux personnalités fortement contrastées. Il ne sait jamais quelles seront les conséquences de ses actes, s'il sera puni ou réconforté. Cette situation d'incertitude l'empêche d'être acteur de sa vie et le met dans un statut d'observateur, afin de pouvoir réagir de manière appropriée en fonction de l'humeur du parent dépendant. La relation parent-enfant en souffre, l'enfant ressentant un manque d'intérêt

ou un rejet de la part du parent dépendant. Même l'attention du parent non-dépendant est souvent concentrée sur le problème de l'addiction. Ainsi, l'enfant est souvent laissé à lui-même, avec des devoirs et des responsabilités qu'il n'est pas encore capable de gérer. Il est également parfois témoin de conflits intrafamiliaux et de violence, dont il peut aussi être d'ailleurs lui-même victime.

Parce que la dépendance à l'alcool dans la famille est un sujet tabou, les enfants concernés n'ont pas la possibilité de pouvoir exprimer leurs sentiments de honte, de colère ou d'anxiété. Ils se réfugient souvent dans le silence et tentent de faire face seuls à ces charges émotionnelles. Ils espèrent pouvoir influencer ou modifier la situation par leur comportement et éprouvent un grand sentiment d'impuissance quand ils se rendent compte qu'ils n'y parviennent pas.

Groupe à haut risque d'une addiction future

Par rapport aux enfants issus de familles sans problème d'alcool, les enfants de parents alcooliques ont un risque six fois plus élevé de développer une dépendance. Dans les faits, environ 30% d'entre eux en sont affectés à l'âge adulte. Ils sont considérés comme le groupe à risque le plus important en ce qui concerne le développement d'une dépendance. Les facteurs de transmission jouant un rôle sont multiples et difficiles à analyser. Il faut considérer à la fois les facteurs biologiques et les caractéristiques de la personnalité, ainsi que les conditions familiales. A côté des risques de dépendance, ces enfants ont aussi un risque considérable de développer des troubles mentaux ou des problèmes de comportement. Il peut s'agir notamment de troubles de déficits de l'attention et d'hyperactivité, de problèmes de comportement social et de maîtrise du comportement, de l'anxiété et de la dépression, de problèmes scolaires, d'un déficit du sentiment d'efficacité personnelle, d'une faible estime de soi, ainsi que de problèmes somatiques et psychosomatiques.

> ***… les enfants de parents alcooliques ont un risque six fois plus élevé de développer une dépendance***

Toutefois, tous les enfants qui connaissent une dépendance à l'alcool familiale ne vivent pas les mêmes expériences traumatiques. Un enfant sur trois n'est touché que légèrement dans son développement, et un autre tiers ne développe pas de problèmes significatifs; ces enfants ont des ressources suffisantes qui leur permettent, par exemple, de construire des relations fiables à l'extérieur de la cellule familiale, ce qui est considéré comme un facteur de protection particulièrement important. Ainsi, certains enfants de parents dépendants sont tout à fait capables de développer une personnalité autonome et saine. Tous les enfants ne doivent donc pas être automatiquement considérés comme ayant besoin d'une prise en charge. Cela impliquerait une stigmatisation et une pathologisation précoce des enfants, ce qu'il faut éviter dans tous les cas. Ce fait a été pris en compte dans la recherche récente: de nouvelles approches, centrées sur les ressources et compétences des enfants ont été développées en parallèle à celles orientées sur les déficits et les troubles. Ces approches donnent la possibilité aux enfants de se développer de manière positive et d'acquérir de la résilience. Le grand défi consiste à identifier les enfants vulnérables précocement et à leur proposer une aide adéquate (Mayer, 2008).

Des approches porteuses de succès

Dans une méta-analyse menée aux États-Unis (Emshoff 1999), des programmes de prévention et d'intervention pour les enfants vivant avec des parents alcooliques ont été évalués pour en vérifier leur efficacité. Selon cette étude, le travail avec des groupes d'enfants était la forme la plus commune de l'aide citée. La littérature actuelle en langue allemande cite elle aussi l'approche en groupes comme l'une des interventions les plus prometteuses (Klein 2003, Mayer, 2008). L'objectif du travail de groupe est de permettre aux enfants de vivre des expériences de socialisation positives, de partager et de se soutenir les uns les autres, de surmonter l'isolement social, la honte et la culpabilité et d'apprendre à gérer les conflits ainsi qu'à exprimer leurs émotions (Mayer 2008; Emshoff 1999). Cette approche vise également à renforcer le sentiment d'efficacité personnelle des enfants (Klein, 2003).

Le contenu de ces offres est basé sur les connaissances scientifiques relatives aux facteurs de risques et de protection des enfants de parents dépendants. Si à l'origine, on se centrait plutôt sur les expériences les plus traumatisantes des enfants et sur la prévention des risques, on travaille maintenant de plus en plus avec une approche centrée sur les ressources individuelles, dans le but de promouvoir les compétences existantes et le développement social des enfants. De cette façon, les enfants apprennent à faire face à la situation familiale et à développer une attitude positive, car ils découvrent des alternatives à l'influence de la famille (Mayer, 2008).

Comme Emshoff (1999) le montre, la quasi-totalité des programmes d'intervention ayant fait leurs preuves comprennent les éléments suivants:

- Information sur l'alcool et l'alcoolisme: l'information sur la dépendance des parents permet de réduire la honte et la culpabilité de l'enfant. Il est également important de montrer aux enfants qu'on ne résout aucun problème avec la consommation d'alcool.

- Renforcement des ressources: les enfants doivent apprendre à composer avec des sentiments négatifs

ou des situations stressantes et à obtenir de l'aide de l'extérieur.

- Renforcement des compétences sociales: il s'agit notamment de l'estime de soi, du sentiment d'efficacité personnelle, les aptitudes relationnelles, la capacité à exprimer des sentiments et élaborer des stratégies de résolution des conflits.

- Activités alternatives (activités de groupe comme les sports, les jeux, la culture, les vacances): les activités de groupe qui n'ont aucun rapport à l'alcool ou d'autres substances peuvent également contribuer à renforcer la confiance en soi et la capacité relationnelle, en vivant des activités normales, d'enfant.

Dans le travail de groupe avec les enfants, les jeux et la pédagogie de la découverte sont des approches éprouvées. Les enfants et les jeunes apprennent à faire des découvertes intenses et des expériences positives d'apprentissage et ont la possibilité de contribuer et de participer à ce succès. De plus, les aspects sociaux sont encouragés. Mayer (2008) souligne que le travail de groupe avec des enfants ne devrait pas occuper trop de temps, afin d'éviter que tout leur quotidien ne se passe dans les services éducatifs ou thérapeutiques, ce qui risque de les pathologiser. Au contraire, le travail avec les enfants ne devrait être qu'un appui et un soutien temporaires, afin que les enfants eux-mêmes puissent développer des perspectives et expérimenter des alternatives à l'environnement familial.

En outre, il est recommandé de soutenir les enfants de parents dépendants par une prise en charge individuelle aidant à la maîtrise de la vie quotidienne ou une psychothérapie. Les groupes d'entraide tels que Alateen sont recommandés dès l'âge de 16 ans environ. Klein (2003) souligne l'importance de prendre en compte, lors de la conception d'un programme d'intervention, le niveau de développement des enfants et le contexte culturel. Il est par ailleurs nécessaire de proposer des soutiens sexospécifiques, puisque les filles et les garçons ont souvent des stratégies différentes pour faire face à la dépendance.

En plus du travail avec des groupes d'enfants, les approches centrées sur la famille, dans lesquelles participent dans le cas idéal tous les membres de la famille, sont souvent aussi conseillées (Kumpfer 1999, Klein 2003). Il a été démontré que les approches familiales améliorent la communication et modifient la dynamique au sein de la famille. Toutefois, cela présuppose que les parents aient conscience du problème et acceptent donc d'y participer.

DES ACTIONS ET DES PISTES DE SOLUTIONS

Une porte d'entrée à privilégier

Un des grands défis est l'identification et la prise de contact avec des enfants en situation de vulnérabilité vivant avec des parents dépendants. Dans la plupart des cas, et en particulier lorsque les enfants sont en bas âge, on peut les atteindre presque uniquement via leurs parents. Cela implique toujours leur coopération directe et s'avère souvent difficile. La situation la plus favorable semble être celle liée à l'entrée d'un des parents concerné par un problème d'alcool dans le système de prise en charge spécialisé. Pourtant, même au moment où les parents dépendants entrent en traitement, la situation de vie et la charge émotionnelle des enfants, bien qu'elles soient évoquées, ne sont que très peu prises en charge en tant que souffrance de l'enfant. L'enfant est en effet presque toujours invité aux entretiens en qualité d'*enfant de patient* et non pas en tant que *patient*. Le tandem «addiction et parentalité» semble constituer un double tabou, extrêmement difficile à briser, même dans un contexte «protégé» comme celui de l'institution spécialisée, qui pourtant devrait faciliter le dialogue sur ce sujet. De fait, pour un parent concerné, il est déjà assez difficile de réaliser qu'il a perdu le contrôle de sa consommation. Admettre en plus que cet état de fait ne le met pas seulement lui-même en danger mais aussi son enfant, représente donc un double défi. Un défi vécu aussi par les intervenants thérapeutiques: quelle priorité thérapeutique mettre à quelle phase de la prise en charge ? Lors des premiers contacts, il est essentiel de construire et maintenir le lien avec l'adulte en difficulté avec sa consommation d'alcool, lien qui serait vraisemblablement mis à mal si le thème de la parentalité est abordé de manière trop frontale. C'est que l'accusation sous-jacente «*parent ayant un problème d'alcool => enfant* traumatisé» est non seulement brutale, mais, on l'a dit plus haut, heureusement pas toujours vraie! Ainsi, parler de parentalité avec les adultes en traitement revêt un enjeu fort…Quand faut-il évoquer son souci à l'égard des enfants ? Quand peut-on parler d'éducation avec le parent sans lui donner le sentiment de le juger, de le dévaloriser? Rappelons-nous toutefois que les parents ayant une dépendance souhaitent également être de bons parents. Mais souvent, ils ont besoin d'encouragement et de soutien, afin qu'ils aient une bonne estime de leur responsabilité parentale. N'est-ce pas là une porte d'entrée pour évoquer cette délicate question ?

Par ailleurs, la prise en compte des problèmes des enfants dans le contexte d'une institution d'accueil pour adultes nécessite des investissements supplémentaires, en termes de disponibilités en personnel et en espace, donc de moyens financiers. Qui va prendre en charge ces coûts ? Qui va former le personnel à des approches efficientes pour les enfants ? Combien d'enfants seront-ils concernés par cette réalité, et partant, quelle planification doit-on prévoir? Ces questions sont peut-être une forme d'explication au constat relevé dans une enquête de l'ISPA menée en 2007 qui montre qu'il n'existe en Suisse que très peu d'offres spécifiques pour les enfants de parents dépendants dans les institutions spécialisées. Dans les rares structures existantes, le problème principal souligné par les professionnels est que l'offre proposée n'est que très peu utilisée par les parents qui, généralement, ne sont pas à priori demandeurs.

Repérer les situations de fragilité: mission impossible?

Parce que de nombreux parents ayant des problèmes d'alcool n'ont pas de contact avec les milieux spécialisés de la prise en charge, il est nécessaire que des offres puissent être proposées aux enfants dont les parents ne bénéficient pas d'un accompagnement ou d'un traitement spécifique. Il est donc primordial, si l'on veut mettre en place des stratégies de prise en charge précoce pour ces enfants, de collaborer avec les structures et acteurs professionnels présents dans leur cadre de vie. Ces sont prioritairement les professionnels de la santé et du social qui sont potentiellement en contact direct avec des enfants vivant un certain mal être psychologique ou social (comme les pédiatres, les psychologues, les éducatrices et éducateurs, les tutrices et tuteurs, entre autres) qui devraient être formés à l'évaluation de la situation vécue par des enfants de parents dépendants, afin qu'ils puissent proposer à leurs parents des offres d'aide adéquates pour leurs enfants. La tâche est délicate. Quels symptômes spécifiques peuvent mettre en alerte ces professionnels? Les troubles dont souffrent ces enfants ne sont pas forcément révélateurs d'un problème d'alcool ou d'autres consommations de la part d'un parent. Comment thématiser le constat de mal-être de l'enfant avec ses parents sans étiqueter la famille comme «alcoolique» ou renforcer leur culpabilité? La réponse est à chercher dans la manière de formuler le problème: dans de telles situations, ce sont les souffrances de l'enfant qu'il faut soulager et soigner et non la dépendance alcoolique du parent! C'est que l'hypothèse inverse de la précédente «*enfant qui souffre => parent ayant un problème d'alcool*» est un piège à éviter à tout prix. Comme dans beaucoup d'autres situations systémiques où l'alcool est présent, l'erreur serait de se centrer immédiatement sur la personne qui consomme de manière problématique en oubliant la souffrance de l'entourage. En d'autres termes, si l'on veut que les professionnels encadrant des enfants vivant avec des parents dépendants se mobilisent, il faut centrer leurs préoccupations sur la souffrance, le mal être de l'enfant et non pas sur la dépendance alcoolique de ses parents. Une sensibilisation de tous les professionnel-le-s en contact avec les enfants sur le vécu et la souffrance engendrée par ces situations est un préalable à une prise de conscience globale du monde de l'éducation. Pour ce faire, des journées de formation et d'échange dans les réseaux professionnels, l'intégration de cette thématique dans les formations de base des professionnels des domaines de la santé, du social, de la justice et de la pédagogie sont nécessaires. Ainsi, une plus grande collaboration interdisciplinaire entre les différents groupes professionnels est un préalable important pour mieux atteindre les enfants et les jeunes vivant dans des familles ayant des problèmes d'alcool. La création de plateformes de professionnels de l'enfance, qui thématiseraient la délicate question du repérage précoce des enfants en situation de risque, est à mettre à l'agenda, avec pour point central la question du signalement à l'autorité tutélaire[1].

Dans les lieux comme les garderies et les écoles, les adultes ont un contact direct et souvent privilégié avec les enfants, ce qui devrait faciliter l'implantation de mesures de prévention et de sensibilisation, surtout si elles ne sont pas stigmatisantes. En décalant la préoccupation préventive sur le mal être des enfants sans préjuger de son origine (ici l'addiction d'un des parents), on donne à tous les acteurs une possibilité d'agir à son niveau. Des contextes comme les centres de loisirs ou le travail social de rue sont aussi à considérer, dans la mesure où les jeunes ont une relation particulière et personnelle avec ces professionnels, qui peuvent être de bons acteurs pour aborder avec les enfants et adolescents concernés leurs problèmes, leurs soucis, et les amener à accepter de l'aide (Mayer, 2008).

Enfin, les nouveaux médias offrent des possibilités de dialogue originales, directes, anonymes et très prisées des adolescents et jeunes adultes. Le développement de consultation en ligne sur Internet (comme par exemple ciao.ch) ou de forums d'échanges avec d'autres enfants ou adolescents concernés (Klein 2003) offre donc à certains jeunes une réelle opportunité de s'informer, d'échanger avec leurs pairs et d'entrer en contact avec des professionnels de manière discrète, à leur rythme. Les lignes téléphoniques d'aide ou de conseils jouent aussi le rôle d'un premier contact qui permet de faire le lien avec des offres d'aide ou des centres de consultation.

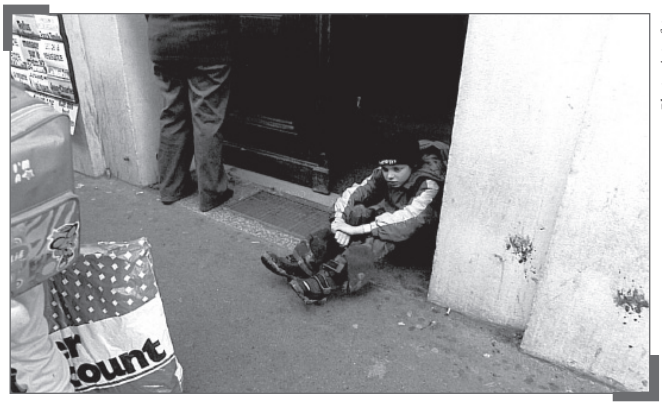

Photo : interfoto

Des actions en cours

Depuis 2004, année où l'ISPA a organisé son colloque national sur le thème des enfants vivant dans des familles alcooliques, nous n'avons cessé de développer des outils et des campagnes sur ce délicat sujet: guide pratique pour les professionnels, brochures de sensibilisation de l'entourage, des parents, livres d'image de Boby, petit chien dont le maître est alcoolodépendant, ainsi que divers rapports sur l'état des lieux en Suisse [2]. Depuis 2007, l'ISPA accompagne la fondation argovienne pour l'aide en cas de dépendance, «Aargauische Stiftung für Suchthilfe ags» (AGS) dans le développement d'un projet pilote, qui offre depuis le début de 2010 des groupes de parole pour les enfants et des cours pour les parents. Partant du constat que l'offre d'aide n'est

[1] *Rappelons que tout le monde peut prendre contact avec l'autorité tutélaire en cas de suspicion de danger pour un enfant. On peut dans un premier temps, parler de la situation d'un mineur sans avoir besoin d'en donner le nom. Une procédure ne sera mise en œuvre que s'il y a signalement. La personne qui signale une mise en danger peut rester anonyme si elle le désire.*

[2] *Voir les documents existants sur le site d'addiction info suisse, sous www.addiction-info.ch//fr/themes/publics-cible/enfants/dans-une-famille-alcoolique/*

pas une solution suffisante, la collaboration étroite avec les divers groupes professionnels est une composante importante du projet: les personnes clés et les organisations compétentes du canton d'Argovie ont été impliquées dès le développement du projet en participant à des groupes de discussion ainsi que par le biais d'accords de coopération. Un autre accent a été mis sur la participation des parents; tous les parents et les proches qui en 2008 ont été accompagnés par l'AGS ont été interrogés sur leurs besoins et leurs souhaits et ont ainsi participé à la conceptualisation d'une offre appropriée. En effet, si les besoins des enfants concernés sont suffisamment mis en évidence dans la littérature scientifique, les craintes des parents et leurs souhaits relatifs au soutien possible pour leurs enfants sont encore peu étudiés. De plus, une implication des parents dans la conceptualisation du projet prend au sérieux leur rôle d'experts en éducation et favorise en même temps l'acceptation d'une nouvelle offre d'aide pour leurs enfants. Le projet sera évalué en 2011après une phase pilote de 2 ans. L'expérience de l'AGS sera riche en enseignements utiles à d'autres projets.

Conclusion et perspectives

Bien que le nombre de professionnels qui se préoccupent d'enfants de parents dépendants ait augmenté ces dernières années et qu'un réseau se développe au niveau international, les expériences pratiques ne sont pas encore très connues ni très diffusées. Des projets suffisamment documentés et évalués selon des critères scientifiques sont encore rares en Europe. Si d'autres recherches sont nécessaires et d'autres stratégies de réseau sont à développer pour que les enfants de parents dépendants puissent à l'avenir bénéficier d'une aide professionnelle à un stade précoce, ciblée selon l'âge et validée scientifiquement, il n'en demeure pas moins que le besoin d'agir existe, et urgemment!

Pour que ce message passe, il faut briser le silence. La souffrance des enfants confrontés à l'alcoolodépendance d'un proche est une thématique taboue, confinée à l'espace privé des familles. S'il n'y a pas de violence manifeste, ce problème est généralement tenu secret par les familles mais également peu abordé par les professionnels qui interviennent autour des familles (services sociaux, médecin, centres spécialisés, écoles…). Il paraît donc nécessaire de poursuivre le travail de sensibilisation à cette problématique auprès d'un large public par des campagnes originales qui mettent en scène les enfants et les adolescents, voire des adultes qui témoignent de leur souffrance d'enfant de parent alcoolodépendant. Ce n'est que dans un contexte sensibilisé que les enfants concernés et les parents seront aptes à surmonter la honte et la culpabilité et pourront ainsi plus facilement accepter de l'aide. C'est dans cet esprit que l'ISPA a fait en 2009 une campagne de sensibilisation via les guichets des bureaux de poste, en proposant la petite peluche Boby à la clientèle, le tout accompagné d'une conférence de presse ayant eu un très bon écho.

Le financement de tels projets devrait lui aussi être mieux accepté: via une sensibilisation du public, on vise aussi à mobiliser les instances politiques. Soulignons à ce propos que la mise en place d'offres de soutien aux enfants vivant dans des familles ayant un problème de dépendance est une contribution significative à la réduction de la morbidité et les coûts sociaux car ce faisant, on réduit le risque de développement futur de problèmes chez l'enfant. L'amélioration de la situation des enfants ayant des parents dépendants est donc une tâche pour l'avenir, pour les enfants affectés, leurs familles et pour la société.

Bibliographie:

(1) Emshoff, James G.; Price, Ann W. (1999). Prevention and intervention strategies with children of alcoholics. Pediatrics 1999; 103; pp 1112-1121.
(2) Klein, Michael (2003). Kinder unbehandelter suchtkranker Eltern. Eine Situationsanalyse und mögliche Hilfen. Köln: Katholische Fachhoschule Nordrhein-Westalen.
(3) Kumpfer, Karol L. (1999). Outcome measures of intervention in the study of children of substance-abusing parents. Pediatrics 1999; 103; pp 1128-1144.
(4) Mayer, Reinhardt (2008). Kindbezogene Interventionen. In: Klein, Michael (Hrsg). Kinder und Suchtgefahren. Risiken. Prävention. Hilfe. Stuttgart: Schattauer
(5) SFA (2007). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Spezifische Angebote für Kinder aus alkoholbelasteten Familien im ambulanten Bereich – eine Bestandesaufnahme in 12 Kantonen.
(6) SFA (2008). Kinder aus suchtbelasteten Familien. Beispielprojekte aus Europa. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.

Courriel:

mgraf@addiction-info.ch
iabderhalden@sucht-info.ch

ETRE PROCHE. QUEL VÉCU ?

Par Corine Kibora, *Addiction Info Suisse*

Entretien avec Laurence et Simon (prénoms fictifs), deux membres d'Al-Anon, l'organisation d'entraide pour l'entourage des personnes dépendante de l'alcool. Ils nous parlent de leur vécu en tant que proches et de l'aide qu'Al-Anon leur a apporté.

Bonjour Laurence, Bonjour Simon : en quoi êtes vous concernés ?

Laurence : Je fais partie d'Al-Anon depuis quinze ans parce que mon père est alcoolique depuis lors, et n'est toujours pas sobre à l'heure actuelle. C'est ma mère qui m'a proposé Al-Anon, car je me sentais très mal après que mon père ait fait sa cure et se sente beaucoup mieux. Je suis donc une enfant adulte d'alcoolique.

Simon : De mon côté, c'est ma femme qui était alcoolique, mais elle est sobre maintenant. Chez Al-Anon, il y a une majorité de femmes. A Londres, c'est différent, il y a même des groupes d'hommes. J'ai une envie d'aider, par gratitude. Ce programme m'a tellement aidé que, sans lui, je ne sais pas où je serais aujourd'hui, ni où en serait ma famille. J'ai commencé Al-Anon il y a treize ans.

Comment êtes-vous arrivés à Al-Anon ? A quel moment la situation est-elle devenue intenable ?

S : Quand j'ai connu ma femme, sa mère était alcoolique. Ivresses ponctuelles terribles, dépressive, pas de mari. On avait 20 ans, je n'avais aucune conscience de sa maladie. A l'époque, on allait nettoyer la maison de sa mère, on vidait les cadavres de bouteilles. En voyant ça, jamais je n'aurais imaginé que ma femme aurait un jour des problèmes d'alcool. Quand on vit cette situation-là depuis l'âge de 14 ans...

C'est arrivé de manière très sournoise. Je me suis aperçu un jour que ma femme avait caché des canettes de bière. Ça m'a fait un choc. Ma femme avait un alcoolisme très différent de celui de sa mère. Ça allait crescendo, petit à petit. Son attitude changeait, mais cela ne nous a pas empêchés d'avoir des enfants. En même temps, je ne sais pas pourquoi, je n'en parlais pas à mon entourage, un peu comme un cancer. Puis est arrivé un moment, quand les enfants avaient une bonne dizaine d'années, où la situation s'est détériorée, on avait de plus en plus de scènes. Elle a eu un problème de dépression, une attaque de panique, suite à notre départ pour Londres. Nous sommes partis en pensant que le changement de lieu allait améliorer la situation. Il y a un éléphant dans le salon, on prend ses affaires, on part, et on pense que le problème est réglé !

De fait, ma femme allait beaucoup plus mal. De mon côté, mon travail allait bien, même si les enfants représentaient une grosse charge. Elle est allée chez un psy pour sa dépression. Elle continuait à boire. Elle avait une prescription d'antidépresseurs. J'ai su par la suite qu'elle n'avait jamais pris ses médicaments. Les crises étaient de plus en plus fréquentes et il y a eu des scènes très difficiles devant les enfants. A ce moment-là, j'ai pris contact avec sa psychiatre, qui m'a dit que j'avais besoin d'aide et m'a proposé d'aller aux Al-Anon. Cela m'a d'abord énervé, car ce n'est pas moi qui buvais, j'avais mon travail, je devais m'occuper des enfants et j'avais l'impression qu'elle se moquait de moi ! Mais, comme j'étais désespéré et que je voulais faire évoluer les choses, j'y suis allé le soir même et je me suis retrouvé dans un groupe de quelques personnes. On m'a dit de venir plusieurs fois avant de décider si cela me convenait ou pas. Ma femme buvait toujours. J'ai commencé à y aller régulièrement et tout de suite la situation s'est détériorée. Ma femme m'accusait d'aller dans un groupe religieux, la situation devenait critique, mon mariage était en péril.

Je suis alors parti en voyage d'affaires en me disant que ce n'était plus possible de continuer comme ça. Dans l'intervalle, ma femme a pris contact avec un autre médecin et a fait un programme de traitement de 28 jours. Ce fut un miracle. Quand elle est rentrée de clinique, j'étais très mal, c'était terrible, j'étais sûr qu'elle buvait. J'étais complètement obnubilé par les bouteilles. Je ne buvais plus d'alcool. Séparé par le travail, j'étais en Suisse, j'ai continué à aller aux Al-Anon.

Ma femme et moi sommes toujours ensemble, même si nous avons traversé des phases très difficiles. Sous l'effet de l'alcool, il lui est arrivé de dire des choses d'une cruauté insoutenable. Le programme m'a aussi appris à faire la différence entre la personne et sa maladie. C'est ce qu'il y a de plus difficile. Au début, on est complètement pris, aspiré par le problème. Le but c'est de sortir de cet étau.

Est-ce que, lors de ces réunions, vous apprenez surtout à vous occuper de vous ? Quand il y a encore consommation, parlez-vous de situations concrètes, de la façon d'agir au quotidien pour faire face ?

S : Il n'y a pas de mode d'emploi. En arrivant, j'en voulais un : ma femme boit, que dois-je faire? On ne donne pas de conseils, on écoute les autres, par quoi ils sont passés. Petit à petit, vous apprenez à vous occuper de vous-même, à moins vous occuper du problème de l'autre. Ça prend du temps. Au début, c'est dur. Moi je me débrouillais, financièrement ça allait bien. Mais oui, j'avais un problème : je contrôlais ma femme. Sitôt que j'ai lâché un peu la bride,

elle s'est soignée elle-même. Elle ne m'a rien demandé. Et nous avons aujourd'hui une répartition des choses qui est totalement différente. On a construit une maison. Avant j'aurais tout contrôlé, là pas du tout !

Le fait d'écouter les autres, qu'est-ce que ça apporte ?

L : Cela produit un écho très fort. Quand on entend d'autres personnes parler de leur détachement émotionnel, de laisser à l'autre ses responsabilités, cela donne de l'espoir, on se dit qu'on peut aussi y arriver. C'est tout un processus.

> ***Je me suis rendu compte que j'avais tout focalisé sur mon père et que j'étais inexistante.***

Quand je suis arrivée aux Al-Anon, je ne savais absolument pas qui j'étais. J'étais l'ombre de moi-même. Je n'étais pas moi, j'étais l'autre automatiquement. Quand on entend, «maintenant tu vas devoir t'occuper de toi», mais qui suis-je moi ? Qu'est-ce que ça veut dire, prendre soin de soi ? Pour moi, cela signifiait dans un premier temps me nourrir comme il faut, car il est vrai que quand mon père buvait j'avais l'appétit coupé. Cela voulait dire aller chez le médecin, prendre du temps pour soi, pour ses loisirs. Je me suis rendu compte que j'avais tout focalisé sur mon père et que j'étais inexistante. Des questions telles que: qu'est-ce que j'ai envie de faire de ma vie, quels sont mes besoins, qu'est-ce que j'aime, qu'est-ce qui me ferait plaisir, étaient tout à fait nouvelles. C'est un très long apprentissage. Moi, je savais ce que les autres voulaient, mais moi alors, absolument pas.

S : N'est-ce pas particulier aux enfants adultes d'alcooliques ? Pour moi, c'est la gestion des conflits qui était difficile. On s'écrase, on ne veut pas provoquer les conflits. Quand on a vécu l'explosion d'une personne sous l'emprise de l'alcool, on marche un peu sur des œufs. Vous internalisez ces choses et vous ne vivez pas. Vous êtes complètement pris là-dedans.

Les réunions Al-Anon permettent l'échange avec les autres. Cela permet-il notamment de s'apercevoir qu'on n'est pas seul ?

L : Oui, parce qu'on souffre énormément, on a l'impression d'être seul à vivre une telle situation. Moi je me souviens, je voyais que mon père buvait, mais sans le voir vraiment, jusqu'au jour où ma mère m'a dit : je crois que papa est alcoolique. Ce fut un choc énorme car mon père c'était tout pour moi. J'avais 20 ans. Dans l'entreprise familiale, mon père avait de plus en plus mal à assumer ses responsabilités. Ma mère, en bonne codépendante, prenait tout sur elle et nous disait que tout allait bien. Il ne fallait surtout rien dire aux autres.

La dernière semaine avant sa cure, il rentrait tous les soirs à 3h du matin. Moi, je ne dormais pas la nuit, j'écoutais de la musique pour ne pas entendre. Et, un samedi, il est arrivé quand nous étions en train de déjeuner. Ma mère est devenue hystérique ! Elle a ameuté tout le quartier. Mon père a rétorqué que désormais il allait vivre comme ça. Là, j'ai eu une réaction très violente : je l'ai giflé.

Mon père est parti. Il s'est rendu à la Métairie le lundi et a rejoint les AA. A sa sortie, tout allait bien. Malheureusement pour mes parents, l'entreprise a fait faillite et mon père a rechuté et ne s'en n'est pas relevé. Trois ans plus tard, c'est ma mère qui est décédée, on peut dire de codépendance. Elle avait toujours pensé qu'elle pourrait le sauver. Nous avons suivi Al-Anon pendant deux ans ensemble, puis ma mère a arrêté, en pensant pouvoir le sauver, engouffrée dans sa codépendance. Je suis entrée en conflit avec elle pendant la dernière année. Elle est morte fin 1995 d'une rupture d'anévrisme, tellement épuisée à vouloir sauver mon père. Heureusement que j'avais fait suffisamment d'Al-Anon pour pouvoir dire à mon père qu'il allait devoir s'assumer lui-même, qu'il ne fallait pas compter sur moi. Mon père arrive à arrêter de boire de temps en temps et ne se considère par conséquent pas comme alcoolique. C'est son choix.

Qu'en est-il des appels en dehors des réunions ?

S : C'est un système de parrainage: avoir la possibilité de téléphoner selon sa situation à quelqu'un du même sexe avec qui on sent une certaine affinité. Al-Anon est utile dans la continuité, on y apprend à exprimer ses sentiments. On peut parler avec une personne en privé pour ne pas mobiliser l'entier de la séance, où il y a un thème à traiter.

Quels sont les thèmes traités ?

L : Nous suivons un programme en 12 étapes qui nous apprend à lâcher prise, à prendre nos responsabilités face à nous-mêmes et face aux autres. Il y a une notion de puissance supérieure qui rebute certaines personnes qui auraient tendance à considérer Al-Anon comme une secte. Or, chacun est libre d'y mettre ce qu'il veut. Pour certains, c'est la force du groupe, pour d'autres, le soleil.

Ce que je trouve fabuleux dans les Al-Anon, c'est qu'on peut garder son anonymat. Seulement un prénom, on n'est là que pour ça, pour se rétablir des conséquences de l'alcoolisme. On se protège, on protège la personne alcoolique. On sait qu'il n'y aura pas de commérages.

Qu'entendez-vous par prendre ses responsabilités ?

L : Cela veut dire procéder à un inventaire de soi-même, admettre ses erreurs face à celles et ceux qu'on a lésés.

L : C'est une étape difficile, mais très libératrice. J'ai eu un copain alcoolique. Six ans plus tard, je l'ai recontacté pour reparler de notre relation et m'excuser pour certains comportements. Même s'il s'estimait responsable de notre échec, j'ai insisté et d'aller au bout de la démarche m'a vraiment libérée d'un poids.

S : Moi, j'ai fait ça avec mon père, je lui ai envoyé à la figure tout ce que j'avais sur le cœur, après 3 ans dans le programme. Six mois plus tard, je suis allé m'excuser pour toutes mes bêtises du passé et il a rigolé. J'avais 44 ans, lui 70, mais nous sommes tombés dans les bras l'un de l'autre, et là nous avons fait la paix.

S'il y a encore une chose pour laquelle je dois faire amende honorable, c'est de ne pas avoir été suffisamment à l'écoute de mes enfants. On est tellement obnubilé par le problème d'alcool du conjoint qu'on ne pense pas suffisamment à ce que vivent nos enfants.

Photo : interfoto

Comment définissez-vous la codépendance ?

L : La codépendance, c'est la maladie de l'oubli de soi. Pour moi, c'est vrai, je pense toujours d'abord aux autres avant de penser à moi. C'est aussi une éducation religieuse. Il y a tout à désapprendre: le contrôle, la dévalorisation de soi, l'obsession de l'autre.

S : Ce qui qualifie la codépendance, c'est la tendance à arranger les bidons, à se dire «c'est pas si grave».

L : Quand ma mère est décédée, j'ai dû procéder au tri de ses affaires et je suis tombée sur un témoignage qu'elle avait écrit. La première phrase c'était : « j'ai 47 ans, j'ai un mari alcoolique mais je ne pense pas que mes enfants aient trop souffert de son alcoolisme.» Elle était à cent lieues de s'imaginer à quel point cela nous a touchés. Elle pensait qu'on n'avait rien vu. Même si j'ai mis du temps à admettre que mon père était alcoolique, je savais depuis toujours qu'il se passait quelque chose d'anormal. Je ne pouvais pas mettre des mots, mais je savais que ce n'était pas normal.

Quel regard sur ce que le programme vous a apporté et vous apporte encore ?

S : A l'école, j'avais la hantise de me présenter en public. Aujourd'hui, je peux faire des présentations en trois langues sans problèmes. Al-Anon m'aide dans tous les aspects de ma vie. Je peux même dire que ça m'a sauvé la vie. Et ce n'est pas un vain mot, quand je repense à l'époque où ma famille allait exploser.

L : Au début, je ne savais pas dire non. Il m'a fallu un sacré courage pour changer. Les gens étaient surpris et me demandaient ce qui se passait. Je leur ai répondu : «voilà, c'est comme ça, je n'ai pas toujours à me justifier, je fais partie des Al-Anon, vous savez très bien que mon père est alcoolique.» Et les gens ont eu moins d'emprise sur moi, j'ai fait un tri dans mes relations, assez naturellement. Avant, l'autre devait deviner ce que j'avais dans la tête. Aujourd'hui, je communique.

Que faudrait-il faire de plus pour les proches ?

S : Faire mieux connaître Al-Anon, par notre exemple, nos attitudes. Une personne alcoolique, c'est 3-4-5 personnes qui souffrent. En Suisse romande, il y a environ 50 groupes AA, mais seulement 10 ou 12 groupes Al-Anon. Il devrait y avoir au minimum 150 groupes. Nous avons donc du travail!

Allez-vous continuer les Al-Anon ?

S : J'ai besoin d'y aller aujourd'hui encore. Si je n'y vais pas pendant deux ou trois semaines, je commence à me décentrer. Ce qui ne veut pas dire que je n'ai pas pris d'autres dispositions, car j'ai appris à demander de l'aide quand j'en ai besoin. Il m'est arrivé de faire ponctuellement appel à un psychiatre, mais le fil est conducteur a été et restera Al-Anon. On n'est jamais guéri, tout comme la personne dépendante.

La difficulté pour nous, c'est qu'il n'y a pas de substance. Vous enlevez la drogue, vous enlevez déjà un bout du problème, après on peut s'attaquer au reste. Nous, notre substance c'est l'autre : s'occuper de l'autre, contrôler l'autre, et c'est plus complexe, plus difficile à soigner. Il y a contusions multiples. C'est une maladie qui est totalement sous-estimée.

L : A une époque, j'ai été malade pendant une année, je n'ai donc pas pu aller aux séances et après ça a été la gifle, j'ai fait une rechute terrible. Donc j'ai besoin des groupes. C'est un fil conducteur pour me mettre face à moi-même. Très vite, je pense dans l'autre, dans la projection, dans le contrôle. J'ai vite fait de retomber dans mes vieux schémas. Dans la codépendance, on prend des mauvaises décisions pour sa vie. Sans Al-Anon, j'aurais été malade de voir mon père alcoolisé.

Courriel : info@alanon.ch
Web : www.alanon.ch

QUELLE INSERTION POUR LES PERSONNES DÉPENDANTES?

Jeudi 30 septembre 2010, de 8h30 à 16h30, Restaurant de la Plage à Yverdon-les-Bains

Le sujet de l'insertion est complexe car il se situe à la frontière de l'économie, la santé, le social. Ces domaines ont fortement évolué ces vingt dernières années, la réflexion sur la réinsertion dans le domaine des addictions doit par conséquent être renouvelée.

Les programmes d'insertion devraient renforcer la solidarité entre les communautés, mais en réalité prétéritent les personnes plus vulnérables et contribuent paradoxalement à la marginalisation de celles et ceux qui ne répondent pas aux exigences établies.

Les efforts de réinsertion des personnes dépendantes témoignent de la difficulté de cette tâche et contraignent les professionnels du champ des addictions à trouver de nouvelles formes d'accompagnement.

Renseignements et inscriptions sur www.grea.ch

GREA - Groupement Romand d'Etudes des Addictions
Rue des Pêcheurs 8
Case postale 638
1401 Yverdon-les-Bains
Tél. 024 426 34 34
E-mail: info@grea.ch

ETRE PÈRE AUJOURD'HUI

Mardi 30 novembre 2010, à l'école d'ingénieurs de Fribourg, Pérolles.

Avec la venue de ***Jean-Luc Tournier***, psycho-sociologue de Besançon

SWISS PREVENTION
Chemin des Epinettes 10
1007 Lausanne
Tél. 021 601 04 04
E-mail: info@swissprevention.ch
Web: www.swissprevention.ch

LES CONDUITES DOPANTES AU TRAVAIL: DE L'AUTOMÉDICATION À L'AUGMENTATION

Congrès d'Addiction info Suisse, jeudi 16 septembre 2010, Hôtel Mövenpick

Dans notre société, la performance est devenue un culte. Elle modèle aujourd'hui l'homme autant dans sa vie privée, sociale que professionnelle. Pour atteindre cet objectif, des produits légaux et illégaux sont utilisés dans le monde du sport, des études et du travail. Les conduites dopantes au travail, à l'aide de stimulants ou de calmants, naviguent entre l'automédication – tenir ou réparer – et l'amélioration – être mieux que bien – des capacités physiques, intellectuelles et cognitives.

Pour gérer un stress aigu et continu, un mal-être au travail, des exigences de performance et de compétition, certains employés, des cadres, des membres du personnel en lien avec le service client, des banquiers, des hommes de médias sont tentés par l'utilisation de drogues pour mieux travailler, mieux supporter, mieux s'intégrer. Nous assistons dès lors à la banalisation de l'assistance chimique de la vie quotidienne dans des sociétés où les valeurs sont devenues la responsabilité et l'initiative individuelle et où les exigences de contrôle de soi et de performance sont de plus en plus marquées. Ces thèmes seront traités par les conférenciers du matin.

Si les conduites dopantes peuvent être un moyen de maintenir la performance, elles peuvent aussi faire partie d'un projet d'amélioration, d'extension et d'amplification des capacités, notamment cognitives, de l'être humain et donc de l'être au travail. La médecine découvrant des substances de plus en plus efficaces pour améliorer nos capacités, l'homme au travail de demain sera-t-il obligatoirement "augmenté" pour faire face à la concurrence de la modernisation? Si l'homme "augmenté" devient la norme, qu'en sera-t-il de ceux qui refusent ce processus ou ceux qui ne peuvent pas se le permettre financièrement? N'est-ce pas contre nature d'améliorer l'homme au-delà de la simple réparation?

Ces questions éthiques et déontologiques seront abordées l'après-midi du congrès et seront débattues par l'ensemble des intervenant-e-s lors d'une table ronde.

Lieu du congrès
Hôtel Mövenpick – Lausanne – Suisse
Av. de Rhodanie 4
1007 Lausanne
Tel: 0041 (0)21 612 76 12

Frais d'inscription
CHF 270.–, y compris le repas de midi, les rafraîchissements et le dossier du congrès
Délai d'inscription : 27 août 2010

Programme et inscription en ligne:
www.addiction-info.ch/conduitesdopantes

Addiction Info Suisse
Av. Louis-Ruchonnet 14
CH-1003 Lausanne
Tel: 0041 (0)21 321 29 76
Fax: 0041 (0)21 321 29 40
conduitesdopantes@addiction-info.ch

ADDICTION | INFO | SUISSE

LE DOPAGE ET LA RÉDUCTION DES RISQUES: LE CAS DU SNUS DANS LE SPORT

Thomas Bujon, *sociologue, Université de Lyon*

Le snus connaît une nouvelle vogue, vanté par l'industrie du tabac comme moins nocif que le tabac fumé. En étudiant l'usage du snus dans les milieux sportifs, l'auteur montre comment les sportifs ont intégré ce discours et utilisent le snus dans une stratégie de réduction des risques autant sanitaires que disciplinaires. (réd.)

Dans une lettre adressée au président de la République Française Nicolas Sarkozy, la société *British American Tobacco* (BAT) plaide pour obtenir l'autorisation de la commercialisation en Europe, alors sous la présidence suédoise, d'un «nouveau» produit du tabac, le snus, «encore méconnu» du grand public[1]. Jusqu'alors interdit à la commercialisation en Europe depuis 1992, le snus est un produit du tabac non fumé sans combustion, conditionné en petits sachets, que l'usager place entre la lèvre supérieure et la gencive. Il est consommé depuis de nombreuses années en Suède et en Norvège où il rencontre un franc succès. Au regard de ses propriétés chimiques et de sa «faible teneur en nitrosamine» (Molimard, 2005) il est présenté comme une alternative à la cigarette, une manière de réduire les risques liés au tabagisme. Si la BAT attire l'attention sur le snus, c'est donc d'abord pour des «raisons de santé publique». En effet, le fabriquant de tabac reprend les arguments de la politique de la réduction des risques déployés à partir de «l'expérience suédoise» décrite par ailleurs (Foulds et al., 2003): la Suède aurait ainsi, avec le snus, la «consommation de cigarettes la plus faible d'Europe», le «taux de mortalité par cancer du poumon le plus faible d'Europe», «le pourcentage de décès liés au tabagisme le plus faible d'Europe»; et enfin, le «taux de mortalité par cancer de la cavité buccale y est – aussi – le plus faible d'Europe». Pour certains «membres de la communauté de santé publique», l'affaire est entendue: il y aurait tout intérêt à ce que le «snus ou d'autres formes de tabac sans combustion» entrent «dans le cadre d'une stratégie de réduction de la nocivité» afin de «réduire le poids du tabagisme sur la santé publique».

Quelques jours plus tard, la Société Française de Tabacologie (SFT) réplique par un communiqué de presse, rappelant les conclusions d'un rapport d'expertise sur le snus remis alors à la Direction Générale de la Santé du ministère de la santé et des sports (2008). Pour la SFT, les risques à consommer le snus sont nombreux et ne sont pas à négliger: «augmentation du risque du cancer du pancréas», «le passage des cigarettes au tabac oral ne diminue pas le risque cardiovasculaire lié aux cigarettes»; «développement de lésions de la cavité buccale» et «rétraction gingivale inchangée», «le tabac oral peut favoriser le développement du diabète de type 2» et pour les adolescents, le snus peut «augmenter la probabilité ultérieure de la consommation de cigarettes». Au moment où l'industrie du tabac est contrainte, en raison du développement des politiques anti-tabac et de l'interdiction de plus en plus répandue de fumer dans les lieux publics, de restructurer son économie et de revoir ses stratégies, cette demande de la BAT n'est, pour la SFT, qu'une manière de «sauver l'industrie du tabac» et de «conserver une clientèle dépendante». A ce titre, elle «considère que le gouvernement doit privilégier la santé publique de ses concitoyens quitte à sacrifier les intérêts de l'industrie du tabac».

> ***… le snus est-il une «entrée» dans la pratique tabagique ou une manière d'en «sortir»?***

FAUT-IL AVOIR PEUR DU SNUS ?

On le voit, la controverse fait rage et elle recouvre toute une série d'enjeux scientifico-politique dont la dynamique historique resterait à explorer tant les expertises scientifiques ou les statistiques médicales jouent un rôle majeur dans la prescription et la définition de l'action publique (Berlivet, 1999). Cela a toujours été le cas dans le domaine du tabac et celle liée actuellement au snus n'y échappe pas: les débats qui opposent des acteurs aux intérêts divergents portent sur les effets physiologiques et la «toxicité» du produit, sur les procédures de validation scientifique (niveaux de preuve, objectivité, conflits d'intérêts, etc.), sur les populations exposées ou la hiérarchisation des risques sanitaires, le fameux «benefit/risk assessment» (Berlin, Sasco, 2008). Les oppositions se cristallisent autour d'une question centrale, celle du risque lié à sa consommation: le snus est-il une «entrée» dans la pratique tabagique ou une manière d'en «sortir»? Est-il plus ou moins «nocif» que d'autres produits

[1] Lettre au président de la république française du 23 juillet 2009 *British American Tobacco* France.

nicotinés et peut-il devenir, au moment où s'étend l'interdiction de fumer dans les lieux publics, une alternative à la cigarette ? Et dans ce cas, le snus est-il alors comparable à ce que l'on a coutume aujourd'hui d'appeler des drogues sociales (alcool, tabac, cannabis, etc.) ou est-il comparable aux substituts nicotiniques, à un médicament ?

Ce débat pourrait tourner court tant il semble ne préoccuper qu'une petite poignée d'experts en santé publique et spécialistes de la question. Après tout, il est question d'une pratique tabagique mineure, à peine identifiée par rapport à d'autres pratiques tabagiques en plein essor (cannabis ou chicha par exemple). Cependant, il pourrait prendre une autre dimension. En effet, dans une recherche récente sur les futures tendances des consommations de substances psychoactives des adolescents américains, la NIDA annonce le «retour»[2] de l'usage du tabac à usage oral chez les *teenagers* nord-américains alors que, dans le même temps, se stabilise la consommation de cigarettes et se renforce la perception des risques liées au tabac fumé (Johnston L. 2010). Par ailleurs, d'autres enquêtes font état de l'usage du tabac non fumé parmi les jeunes en particulier dans les milieux sportifs. C'est le cas aux Etats-Unis ou au Canada où les produits à base de nicotine (le snuff) sont consommés dans des sports professionnels tel que le hockey sur glace, la lutte ou le base-ball (Severson, 2005). Mais c'est aussi le cas - et ce depuis le début des années 1990 - en Europe où des enquêtes portant sur les consommations de substances psychoactives des jeunes sportifs de l'arc alpin, constatent - à plusieurs reprises et à des postes d'observation divers - l'émergence de cette pratique tabagique (tabac à chiquer, snuff ou snus) dans les sports de glisse (ski, saut à ski, hockey sur glace, etc.), laquelle aurait tendance à se diffuser au sein des populations adolescentes des stations de ski (Mathern et al. 2005 ; Renaudie et al. 2008). On observe donc, avant même l'autorisation de mise sur le marché réclamée, l'utilisation et la circulation de ces produits nicotinés dans ces milieux sportifs, grâce d'abord aux petits trafics avec les pratiquants internationaux scandinaves, puis à Internet (de plus en plus de sites de vente en langue française s'ouvrent et d'autres proposent des traductions) et enfin, grâce à l'achat de tabac à chiquer autorisé à la vente et sur lequel se «rabattent» les jeunes sportifs usagers lorsqu'ils ne peuvent s'approvisionner en produits scandinaves ou américains. Et, dans le sport, quand il est question de consommer des substances psychoactives, la question du dopage n'est jamais très loin.

LE DOPAGE NICOTINIQUE

Si la nicotine n'apparaît pas sur la liste des produits interdits édictées par l'Agence Mondiale Antidopage, elle est désormais surveillée de près par les experts de la lutte anti-dopage et le laboratoire d'analyse du dopage de Lausanne tente aujourd'hui d'en estimer la «croissance» dans certaines pratiques sportives (ski, hockey mais aussi football, basket, escrime etc.)[3]. Car de part ses composants chimiques, le tabac serait un «puissant stimulant» aux multiples avantages: non seulement le tabac consommé par voie orale ou cutanée (patch, gomme etc.) éviterait les désagréments liés au tabac fumé comme l'absorption de CO, de substances irritantes mais il permettrait aussi d'inhiber la sensation de faim ou la fatigue, de stimuler la sécrétion d'hormones antidiurétiques, de faciliter la mise en action. Plus encore, il aurait pour fonction de combattre l'angoisse, d'accentuer la concentration, de «booster» la performance. Pas de doute, du côté des experts, la nicotine agit comme une substance «dopante» (Lagrue, 2007). Du point de vue des jeunes sportifs que nous avions pu interviewer (Bujon, 2008), principalement des jeunes skieurs de haut niveau et usagers réguliers de ces produits nicotinés, certains reconnaissent du bout des lèvres ces avantages: toutefois ils ont du mal à l'identifier comme dopant, comme un produit améliorant la performance. Ils en font un autre type d'usage avant ou après la compétition sportive dans le but de se «relâcher», de se «câler» comme ils le disent: ils en ont donc bien souvent un usage festif et récréatif au cours des festivités liées aux compétitions. Ces périodes donnent lieu aux premières expérimentations de ces produits mais aussi à des formes inédites de poly-consommation (avec l'alcool notamment, qui en intensifie les effets).

Photo: interfoto

USAGE SUBSTITUTIF ET LA RÉDUCTION DES RISQUES

Mais les sportifs ont d'autres usages de ces produits nicotinés qui ont partie liée avec la consommation de tabac fumé: il s'agit d'un usage substitutif, d'un usage alternatif aux substances habituellement consommées par ailleurs mais dont la consommation dans le sport est fortement stigmatisée voir sanctionnée (comme la cigarette ou le cannabis par exemple). Cet usage substitutif, aux yeux des jeunes sportifs usagers, se justifie: non seulement il permet d'éviter les risques sanitaires liés à la consommation de tabac fumé comme l'absorption de CO et les complications respiratoires, de ne pas «s'essouffler». Mais, plus encore, cette pratique très discrète, quasi-invisible pour les non-initiés, est aussi une façon de contourner l'interdiction de fumer, d'éviter la détection de la consommation de la cigarette lors des examens cliniques imposés par la

[2] "Smoking continues gradual declines among U.S. teens, smokeless tobacco threatens a comeback", *News service* 14 December 2009

[3] http://www.doping.chuv.ch/

surveillance médicale auxquels les sportifs sont astreints (analyse biologique, test à l'effort, éléctrocardiogrammes, radios, etc.) voire, il permet d'éviter les sanctions disciplinaires liées aux contrôles antidopage (majoritairement au cannabis). Car les sportifs usagers réguliers interrogés ont profondément intériorisé la prohibition de la cigarette et le processus de stigmatisation qui l'accompagne. A tel point qu'ils sont, à leur tour, parfaitement capables de s'appuyer sur les arguments de la réduction des risques pour dénoncer le tabac dans le sport. C'est parfois surprenant mais les sportifs snusseurs ou chiqueurs interviewés se définissent eux-mêmes comme de fervents militants anti-tabac et ils justifient ce «remplacement» selon un objectif de réduction des risques: moindres dommages sanitaires par rapport à la cigarette (malgré les brûlures, déchaussement des dents, ou dépendance avérée qu'ils disent subir), similarités des composants entre le snus et les substituts nicotiniques utilisés à des fins thérapeutiques. En raison de cette proximité chimique et des discours publics de réduction des risques - lesquels circulent d'ailleurs bien au-delà de la sphère médicale et des couloirs feutrés des assemblées politiques européennes -, ils placent donc sous le même plan les produits de l'industrie pharmaceutique et ceux de l'industrie du tabac.

Dans ce contexte, le produit ne peut pas être dissocié de son usage. Ce dernier doit être élucidé, analysé, car la réinscription de cet usage des produits du tabac oral dans ce type de milieu soulève deux problématiques distinctes: celle des pratiques de dopage spécifiquement liées aux sportifs et celle, plus générale, des «pratiques alcoolo-toxico-tabagiques» des adolescents (Le Garrec, 2002). En d'autres termes, soit le snus s'ajoute aux substances psychoactives habituellement consommées par les adolescents ou les jeunes adultes (alcool, cannabis, chicha etc.). De ce point de vue, cette consommation du tabac oral est un signe avant coureur d'un renouvellement des pratiques tabagiques des jeunes ayant bien perçu les risques sociaux et sanitaires liés à la cigarette. C'est un usage substitutif qui remplace une consommation antérieure, pouvant s'interpréter comme n'importe qu'elle autre conduite à risques adolescente. Soit le snus a une autre propriété: celle d'être dopante. Cette fois-ci, c'est le contexte sportif qui redéfinit les propriétés du produit, les types d'usages et les risques associés. C'est un usage dopant qui s'ajouterait alors à la longue liste des stimulants à interdire. Ce produit connaît donc plusieurs types d'usages aux effets sociaux et sanitaires différents. Mais dans un cas comme dans l'autre, on remarque que ce ne sont pas seulement les produits qui circulent et que les usagers se réapproprient en fonction des usages qu'ils en font (Le Garrec, 2002). Ce sont aussi les discours publics sur les produits et leurs usages qui circulent et que les jeunes sportifs se réapproprient et mobilisent pour justifier leur pratique de consommation, en l'occurrence celui de la réduction des risques. Et dans les milieux sportifs, si cette politique est loin de faire l'unanimité ou même d'être débattue, elle y entre, avec le snus, par la petite porte.

Bibliographie:

(1) Berlin Y., Sasco A-J, (2008), Regulation of smokeless tabacco products, The Lancet, vol. 371, may 3, 1504.
(2) Berlivet L, (1999), Argumentation scientifique et espace public : la quête de l'objectivité dans les controverses autour des risques de santé, in B. François et E. Neveu, dir., Les transformations structurelles de l'espace public, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 185-208.
(3) Bujon T., (2008), Positifs à la nicotine. Enquête sur les usages du tabac non fumé en milieux sportifs, Psychotropes, vol. 14, n°1, 59-76.
(4) Foulds J., Ramstrom L., Burke M., Fagerström K. (2003), Effect of smokeless tabacco (snus) on smoking and public health in Sweden, Tobacco Control, 12, 349-359.
(5) Johnston L. D., O'Malley P. M., Bachman J. G. & Schulenberg, J. E, (2010) Monitoring the Future: national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2009 NIH Publication Bethesda, MD , National Institute on Drug Abuse.
(6) Lagrue G, (2007), Des fumeurs particuliers ... Sportifs. Nicotine et tabac non fumé sont dopants, Le concours médical, n°7/8, 129
(7) Le Garrec S. (2002), Ces ados qui en prennent. Sociologie des consommations toxiques adolescentes. PU du Mirail, Toulouse.
(8) Mathern G, Perrier C, Baronnat J-P, Lagrue G (2005), L'utilisation du tabac à chiquer. Une pratique émergente chez les adolescents, La presse médicale, vol. 34, n°16, 1143-1144.
(9) Molimard R. (2005), Le tabac sans fumée ou Snus, une réduction des risques liés au tabagisme, Le courrier des addictions, vol. 7, n°2, 52-55.
(10) Renaudie F, Oullion R, Mathern G, Parcot D, Depiesse F, (2008), Pratique intensive des sports de glisse chez les jeunes et usage de substances psychoactives, Médecins du sport, mars-avril, 21-25.
(11) Société Française de Tabacologie, (2008) Connaissances actuelles des effets pour la santé du tabac oral avec attention particulière au snus suédois, Direction Générale de la Santé, Ministère de la santé, février 2008, 69p.

Courriel:

thomas.bujon@univ-st-etienne.fr

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs
Addiction Info Suisse
Ruchonnet 14, c.p. 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études des addictions GREA
Pêcheurs 8, c.p. 638, 1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction:
Corine Kibora, Addiction Info Suisse
Jean-Félix Savary, GREA

Comité de rédaction:
Pierre-Yves Aubert
directeur adjoint Service Santé de la Jeunesse (DIP) Genève
Cédric Fazan
directeur A.C.T, Montreux
Michel Graf
directeur Addiction Info Suisse, Lausanne
Etienne Maffli
psychologue, Lausanne
Viviane Prats
enseignante EESP, Lausanne
Gérald Progin,
responsable Espace Prévention, Aigle
Catherine Ritter,
médecin, Genève

Administration et abonnements:
Claude Saunier
Addiction Info Suisse
c.p. 870
1001 Lausanne
tél. 021 321 29 85
fax 021 321 20 40
csaunier@addiction-info.ch

Parution
3 fois par an

Abonnement
CH: Frs. 45.- par an
Etrangers: Frs. 57.- par an

Les articles signés n'engagent que leur auteur.

La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction

Ligne graphique
SDJ.DESIGN
Sabine de Jonckheere

ISSN 1422-3368

GREA
GROUPEMENT ROMAND
D'ETUDES DES ADDICTIONS

ADDICTION | INFO | SUISSE